

## COMUNICADO N° 0211 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS CON **BACHILLER: ING. SISTEMAS, CONTABILIDAD, ADMINISTRACION Y/O TITULO DE TECNICO EN COMPUTACION (RAMAS AFINES), CONTABILIDAD ADMINISTRACION.** PARA:

- **CENTRO DE SALUD YANAOCA**

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 SCCE (EN SOBRE CERRADO); O DE MANERA VIRTUAL AL CORREO ELECTRONICO [logistica@redsaludcce.gob.pe](mailto: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 | 23/04/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 24/04/2025 |

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA **BACHILLER: ING. SISTEMAS, CONTABILIDAD, ADMINISTRACION Y/O TITULO DE TECNICO EN COMPUTACION (RAMAS AFINES), CONTABILIDAD ADMINISTRACION. PARA CENTRO DE SALUD YANAOCA.**



NOTA: EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS, SOLO SERÀ VALIDA LA PRIMERA PROPUESTA PRESENTADA.

**UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR**  
**RUC : 20527179221**  
 DIRECCION : CALLE PAMPACUCHO N° 127 SICUANI - CANCHIS - CUSCO  
 TEL.FONO : 084-352765  
 CORREO ELECTRONICO : [logistica@redsaludcce.gop.pe](mailto:logistica@redsaludcce.gop.pe)

**SOLICITUD DE COTIZACION**  
 Numero Cotizacion: 0228-2025  
 DOC. REQ.: 999  
 INFORME 12/01/75/2021/GER. REGIONAL/RSALUD/401/300/EE/EE/DAS-01

FECHA: 21/04/2025

NOMBRE COMPAÑIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_  
 RUC: \_\_\_\_\_ TELEFONO MOVIL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 C/CUENTA INTERBANCARIA: \_\_\_\_\_ PROBA DE COTIZACION: \_\_\_\_\_

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR	precio por entregable	PLAZO	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
CONTRATACION DE SERVICIO							
1	SRVICIO DE REVISION DIGITACION Y SISTEMATIZACION DE INFORMACION. (CONTRATACION DE BACHILLER Y/O TECNICO EN COMPUTACION, CONTABILIDAD, ADMINISTRACION Y/O CARRERAS AFINES; PARA REALIZAR LA DIGITACION EN APLICATIVOS INFORMATICOS: ARI SIS WEB Y SIASIS EN EL (LA) C.S. YANAOCA DE LA U.I. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR).		06 ENTREGABLES SEGÚN TDR	SERVICIO	1		
<b>PRECIO TOTAL OFERTA S/.</b>							

**CONDICIONES DE VENTA:**  
 1. Plazo de entrega: ..... Dias calendarios.  
 2. Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: ..... Dias calendarios  
 3. Garantia comercial del bien o del servicio: ..... meses desde la prestacion del bien o servicio  
**Importante:** Todos los precios unitarios ofertados deben incluir IGV y otros costos; así tambien se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones.

**DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA LA ADMISION DE ESTA, CASO CONTRARIO NO SERA ADMITIDA:**  
 1. Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11º de la L.C. N° 30226), Adjunto a la presente.  
 2. Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones técnicas o terminos de referencia o ficha técnica.  
 3. Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion

**PENALIDADES:**  
 1. Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Segun Directiva interna.  
 2. Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun Ley de CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°30226, Regl.D.S.N°350)

 <b>JEFATURA LOGISTICA</b> SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR	 <b>Raúl Santander Cusi</b> ADQUISICIONES	 <b>CPC Waldy Soto Hichillumpa</b> RESPONSABLE DE COTIZACIONES
VºBº JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR
		FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno  
Regional de  
Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

Red de  
Servicios de  
Salud Canas  
Canchis

Dirección de  
Atención  
Integral de  
Salud

Unidad de  
Seguros



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

## **TERMINOS DE REFERENCIA**

### **SERVICIO DE REVISION DIGITACION Y SISTEMATIZACION DE INFORMACION (CONTRATACIÓN DE BACHILLER Y/O TECNICO EN COMPUTACION, CONTABILIDAD, ADMINISTRACION Y/O CARRERAS AFINES; PARA REALIZAR LA DIGITACION EN APLICATIVOS INFORMATICOS: ARFSIS WEB Y SIASIS EN EL (LA) C.S. YANAOCA DE LA UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR).**

#### **I. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:**

Contratación del servicio de bachiller y/o técnico en Computación, Contabilidad, Administración y/o carreras afines; para realizar el servicio de digitación, que consiste en el procesamiento de datos que se registran en los FUAs de todas las actividades desarrolladas en la atención integral de salud a los afiliados, así también realizar el proceso de Aseguramiento Universal en el ámbito de la RSCCE.

#### **II. FINALIDAD PUBLICA:**

Cumplir con el procesamiento de datos para su respectivo informe a la UDR\_CUSCO y GERESA CUSCO de las prestaciones realizadas a los afiliados SIS en el paquete de atención integral de salud realizadas en los EE.SS. de la jurisdicción de la UE 401 SCCE.

#### **III. ANTECEDENTES:**

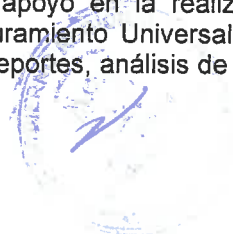
La Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar viene realizando las atenciones integrales de salud según al Convenio entre el Seguro Integral de Salud, Fondo Intangible Solidario de Salud y el Gobierno Regional, Convenio FED, Convenio Gestión; los cuales abarcan las provincias Canas Canchis Espinar. En ese sentido con la finalidad de lograr los objetivos de los Convenio indicados y garantizar la producción SIS para efectos de valorización por parte del SIS se necesita los servicios de personal indicado.

#### **IV. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN:**

Contratar el servicio de (01) bachiller y/o técnico en Computación, Contabilidad, Administración y/o carreras afines; para garantizar LA DIGITACION OPORTUNA de FUAS (1-10 DIAS), en los Aplicativos informáticos del Seguro Integral de Salud: ARFSIS WEB, SIGEPS, SIASIS; los cuales servirán para cumplimiento, valorización y evaluación de Convenios: SIS, FISSAL y GORE, Gestión y FED.

#### **V. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:**

El servicio implica apoyo en la realización y cumplimiento de todos los procesos inherentes al Aseguramiento Universal en Salud en la oficina de Seguros, dando el soporte técnico en reportes, análisis de datos y demás temas informáticos; para lo cual se requiere:





GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Red de Servicios de Salud Canas Canchis

Dirección de Atención Integral de Salud

Unidad de Seguros



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

**1. PERFIL**

**a) Requisitos mínimos:**

- Bachiller: Ing. Sistemas, Contabilidad, Administración y/o Título de Técnico en Computación (ramas afines), Contabilidad, Administración.
- RUC habilitada y vigente.
- Copia de DNI vigente.
- Registro Nacional de proveedores (RNP)

**b) Conocimientos y habilidades técnicas:**

- Conocimiento de aplicativos informáticos del SIS (ARFSIS, ARFSIS WEB, SIASIS, SIGEPS) – No indispensable
- Conocimiento de paquete ofimático.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Capacidad de innovación y aprendizaje.
- Persona proactiva, adaptable a los cambios en el manejo de los aplicativos informáticos.

**c) Impedimento para participar en el proceso:**

- No tener contrato vigente con la entidad.

**2. LUGAR Y CANTIDAD DE ENTREGABLES POR EL SERVICIO PRESTADO:**

Se efectuarán en (6) entregable(s); los cuales serán presentados en la Unidad de Seguros; de acuerdo al siguiente detalle:

- 1er entregable (hasta los 30 días contabilizados a la emisión del contrato)
- 2do entregable (hasta los 60 días contabilizados a la emisión del contrato)
- 3er entregable (hasta los 90 días contabilizados a la emisión del contrato)
- 4to entregable (hasta los 120 días contabilizados a la emisión del contrato)
- 5to entregable (hasta los 150 días contabilizados a la emisión del contrato)
- 6to entregable (hasta los 180 días contabilizados a la emisión del contrato)

	EE.SS. - PP.DD.	CANTIDAD	Entregables x proveedor
1	C.S. YANAOCA	1	6

**3. RESULTADOS ESPERADOS**

Logro del 100% de ingreso de las prestaciones entregadas a PP.DD. según liquidación mensual (máximo 2500 FUAS y/o de acuerdo a demanda); apoyo en levantamiento de FUAS para reconsideración; lo cual equivale a la producción SIS de personal de Salud de los EE.SS. del ámbito de la Red. Así como realizar actividades de afiliación (SIASIS)

**4. ACTIVIDADES A REALIZAR:**



Realizará el ingreso de FUAs en los Aplicativos Informáticos del SIS y demás temas concernientes a Seguros en el EE.SS. designado:

- Realizará el procesamiento de los FUAs en Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud (ARFSIS WEB). Deberá garantizar el ingreso de los datos al 100%.
- Una vez procesada la información realizará la corrección de observaciones que se generen en auditoría y demás.



GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno  
Regional de  
Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

Red de  
Servicios de  
Salud Canas  
Canchis

Dirección de  
Atención  
Integral de  
Salud

Unidad de  
Seguros



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

- Realizará la presentación del consolidado (reporte semanal, quincenal, mensual del avance) en medio físico y magnético a las Coordinadoras de la Micro Red, y responsables de Seguros de los EE.SS.
- Apoyará en la recepción de los FUAS generadas previa verificación por el auditor de la Unidad de Seguros de la Micro Red.
- Apoyará en la entrega de todos los reportes de seguimiento para cumplimiento de indicadores: niño, gestantes y demás.
- Realizará el proceso de aseguramiento en aplicativo SIASIS (afiliación, actualización, consulta, etc.)

**5. MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

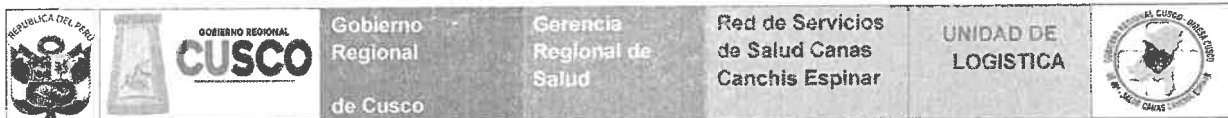
a) Área supervisora:

- ✓ Jefe de Unidad de Seguros de la UE 401 Salud Canas Canchis Espinar.
- ✓ Coordinador de Seguros de la Micro Redes
- ✓ Control de calidad prestacional de la Unidad de Seguros.
- ✓ Responsable de Informática de la Unidad de Seguros.

b) Área que brindará la conformidad de servicio:

La jefatura de la Unidad de Seguros dará la conformidad del servicio previo informe del Área Informática de la Unidad de Seguros de la RSSCCE (información que consolidará todo el trabajo realizado por el proveedor del servicio).

COBIERNO REGIONAL  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
U. E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR  
VICENTE LIZARDO  
RESPONSABLE DE  
UNIDAD DE SEGUROS



**“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

YO .....CON 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 cumpla 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 cumpla 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