

## COMUNICADO N° 0263 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS CON TITULO ELECTROMECHANICO/ELECTRONICO O BACHILLER ELECTROMECHANICO O ELECTRONICO.....(1)

- CENTRO DE SALUD EL DESCANSO.....(1)

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](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 | 12/05/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 13/05/2025 |

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

- EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA: TITULO ELECTROMECHANICO/ELECTRONICO O BACHILLER ELECTROMECHANICO O ELECTRONICO. PARA: CENTRO DE SALUD EL DESCANSO.



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 SICHANI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : [logistica@redsaludcce.gop.pe](mailto:logistica@redsaludcce.gop.pe)

**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0290 - 2025

DOC.REQ. : 4231

INFORME N° 0072-GRC/GRSCOU E 401-SCCE/AGP/

FECHA 12/05/2025

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 RUC: \_\_\_\_\_ TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO MOVIL: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_  
 CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: \_\_\_\_\_ FECHA DE COTIZACION: \_\_\_\_\_

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
	CONTRATACION DE SERVICIO	Precio por Entregable				
001	SERVICIO DE ASITENCIA TECNICA PARA VERIFICACION REVISION Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ELECTROMECHANICOS .....(1) CONTRATACION DEL SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIO DE TECNICO ELECTROMECHANICO/ ELECTRONICO O BACHILLER ELECTROMECHANICO PARA EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO.	07 ENTREGABLES SEGÚN TDR	SERVICIO	1		

SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA

PRECIO TOTAL OFERTA S/.

**CONDICIONES DE VENTA:**

- Plazo de Entrega: ..... Dias calendarios.
- Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: ..... Dias calendarios.
- Garantía 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; asi tambien se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones.

**DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA LA ADMISION DE ESTA, CASO CONTRARIO NO SERA ADMITIDA:**

- Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11° de la LCE N° 32069),Adjunto a la presente.
- Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.
- Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

**PENALIDADES:**

- Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Segun Directiva Interna .
- Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°32069,Regl.D.S.N°350)

 <b>V°B° JEFE LOGISTIC</b>	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS - ESPINAR  <b>Geanfranco GÓMEZ QUISPE</b> <b>RESPONSABLE DE ADQUISICIONES</b>	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS - ESPINAR  <b>RESPONSABLE DE COTIZACIONES</b>	 <b>RESPONSABLE DE COTIZACIONES</b>
-------------------------------	---	--	--

TERMINOS DE REFERENCIA

**DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN: CONTRATACION DE UN TECNICO ELECTROMECHANICO Y/O ELECTRONICO**

1	<p><b>DENOMINACIÓN DEL SERVICIO</b> SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA PARA VERIFICACION Y REVISION DEL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ELECTROMECHANICOS</p>
2.	<p><b>FINALIDAD PÚBLICA</b> Contribuir con la ejecución del proyecto de Inversión: “Mejoramiento de la atención de la salud en el primer nivel de atención a la población de la Micro Red del C.S. el Descanso, Distrito de Kunturkanki, Provincia de Canas-Cusco”</p>
3.	<p><b>ANTECEDENTES</b> El C.S. con R.M. Nº 0632-2012/MINSA, fue declarado como establecimiento estratégico por el MINSA; con posterioridad se ejecuta la construcción de una nueva infraestructura cuyo inicio de transferencia de obra se firma el 10 de abril del 2024Ñ con ello para poner en puesta de operación dicho establecimiento se realiza el proyecto: Mejoramiento de la atención de la salud en el primer nivel de atención a la población de la Micro Red del C.S. del Descanso, Distrito de Kunturkanki, Provincia de Canas-Cusco”, el cual contempla la contratación de personal para ingeniería clínica.</p>
4.	<p><b>OBJETO DE LA CONTRATACIÓN</b> Garantizar el funcionamiento adecuado y seguro del equipo biomédico y electromecánico que cuenta el establecimiento, el cual es crucial en la atención que presta dicha IPRES</p>
5.	<p><b>ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p>5.1. El locador ejecutara la prestación del servicio en las instalaciones donde se ubique el equipo.</p> <p>5.2. El locador es el único responsable ante la U.E. 401 SCCE, de cumplir con la prestación del servicio contratado, no pudiendo transferir esta responsabilidad a otras entidades o terceros en general.</p> <p>5.3. El locador llenará la ficha técnica de cada equipo que intervenga en el desarrollo de sus actividades el cual debe ser entregado a la U.E.401 SCCE, con atención a la Unidad de Patrimonio, mencionando el diagnóstico realizado al equipo biomédico</p> <p>5.4. El locador llenará la ficha técnica de cada equipo que intervenga en el desarrollo de sus actividades el cual debe ser entregado a la U.E.401 SCCE, con atención a la Unidad de Patrimonio, mencionando el mantenimiento realizado al equipo biomédico</p> <p>5.5. El locador entregara, el informe técnico de los hallazgos con las recomendaciones necesarias para garantizar la operatividad y buen funcionamiento de los equipos biomédicos.</p> <p>5.6. El locador capacitara al personal de salud en el uso adecuado de los equipos biomédicos</p>
6.	<p><b>REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)</b> REQUISITOS MÍNIMOS:</p> <p>6.1. Contar con RUC Activo y habido.</p> <p>6.2. Disponibilidad Inmediata</p> <p>6.3. Registro Nacional de Proveedores</p> <p>6.4. PERFIL PROFESIONAL.</p> <p>A. FORMACIÓN ACADÉMICA: TECNICO ELECTROMECHANICO/ ELECTRONICO O BACHILLER ELECTROMECHANICO O ELECTRONICO</p> <p>B. EXPERIENCIA GENERAL: 01 AÑO EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO</p> <p>C. EXPERIENCIA ESPECIFICA: 03 MESES EN DIAGNOSTICO Y REPARACION EN EQUIPOS ELECTROMECHANICOS Y/O BIOMEDICOS.</p> <p>D. COMPETENCIAS:</p> <p>CAPACIDAD DE DIAGNOSTICO MANTENIMIENTO PREDICTIVO, PREVENTIVO REPARACIÓN Y CALIBRACION DE EQUIPOS</p>

	<p>ORIENTACIÓN A RESULTADOS HONESTIDAD, RESPONSABILIDAD Y CONFIABILIDAD PRE DISPOSICIÓN</p> <p>E. CERTIFICACIÓN, CURSOS, Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN: CERTIFICACIONES EN MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS. CERTIFICADO EN SEGURIDAD INDUSTRIAL</p> <p>F. CONOCIMIENTO PARA EN: OFFICE. OFIMÁTICA.</p>
7.	<p><b>LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN</b> Lugar: Centro de Salud El Descanso Plazo: 210 días</p>
8.	<p><b>ENTREGABLES (De corresponder)</b> 8.1. ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN CADA ENTREGABLE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primer y Segundo entregable:</b> 50 Fichas Técnicas con Diagnostico encontrado en equipos electromecánicos y biomédicos 10 Fichas técnicas de equipos biomédicos/ electromecánicos que se intervengan con Mantenimiento preventivo y/o correctivo.</li> <li>• <b>Tercero al Séptimo entregable:</b> 10 Fichas Técnicas con Diagnostico encontrado en equipos biomédicos 01 Capacitaciones realizadas al personal sobre el buen manejo de equipo biomédico seleccionado con la jefa del establecimiento de salud. 20 Fichas técnicas de equipos biomédicos que se intervengan con Mantenimiento preventivo y/o correctivo.</li> </ul> <p>8.2. PLAZO DE ENTREGA DE LOS ENTREGABLES:</p> <p>PRIMER ENTREGABLE: Hasta los 30 días calendarios a partir del día siguiente de la firma del contrato. SEGUNDO ENTREGABLE: Hasta los 60 días calendarios a partir del día siguiente de la firma del contrato TERCER ENTREGABLE: Hasta los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la firma del contrato CUARTO ENTREGABLE: Hasta los 120 días calendarios a partir del día siguiente de la firma del contrato QUINTO ENTREGABLE: Hasta los 150 días calendarios a partir del día siguiente de la firma del contrato SEXTO ENTREGABLE: Hasta los 180 días calendarios a partir del día siguiente de la firma del contrato SEPTIMO ENTREGABLE: Hasta los 210 días calendarios a partir del día siguiente de la firma del contrato</p>
9.	<p><b>CONFIDENCIALIDAD</b> LA CONTRATACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEBE DE MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA ABSOLUTA EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN A LA QUE SE TENGA ACCESO RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN, QUEDA EXPRESAMENTE PROHIBIDO REVELAR DICHA INFORMACIÓN A TERCEROS. SE DEBERÁ DAR CUMPLIMIENTO A TODAS LAS POLÍTICAS Y ESTÁNDARES DEFINIDOS POR LA ENTIDAD, EN MATERIA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.</p>
10.	<p><b>CONFORMIDAD</b> LA CONFORMIDAD DEL SERVICIO ESTARÁ A CARGO DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO Y LA RESPONSABLE DE PATRIMONIO DEL ESTABLECIMIENTO Y DE LA UNIDAD DE PATRIMONIO DE LA UE 401 SCCE</p>
11.	<p><b>FORMA Y CONDICIONES DE PAGO</b> EL PAGO SE EFECTUARÁ EN ABONO A CUENTA; PREVIA CONFORMIDAD DEL ÁREA USUARIA Y PRESENTACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLAS EN CADA ENTREGABLE.</p>
12.	<p><b>PENALIDAD POR MORA</b> DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.</p>

13.	<b>RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACIÓN DE BIENES.</b> TIENE RESPONSABILIDAD POR ASIGNACIÓN DE BIENES QUE SE LE ASIGNEN
14.	<b>RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA.</b> EL PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA POR LA CALIDAD OFRECIDA Y POR LOS VICIOS OCULTOS DE LOS SERVICIOS OFERTADOS, EL CUAL NO DEBERÁ SER MENOR DE (01) AÑO CONTADO A PARTIR DE LA CONFORMIDAD OTORGADA.

  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - CUSCO  
UNIDAD DE GESTIÓN PATRIMONIAL  
  
C.P.C. Priscila Daigao Artega  
JEFE (C) UNIDAD DE GESTIÓN PATRIMONIAL



**"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 Nº.....  
REPRESENTANTE LEGAL DE.....(solo en caso de persona jurídica)  
CON RUC Nº ..... DIRECCIÓN.....  
TELÉFONO Nº ..... 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 Nº 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 Nº 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