

COMUNICADO N° 0377– 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL PSICOLOGO TERAPIA DEL LENGUAJE () PARA:

- **PARA EL MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWAY 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 | 14/07/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 15/07/2025 |

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA UN **PROFESIONA PSICOLOGO TERAPIA DEL LENGUAJE PARA EL MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR. ()**

NOTA: EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL MISMO LUGAR Y LA MISMA CONVOCATORIA, NO SE LE CONSIDERA LA POSTULACION SI SE PRESENTARA A LAS DOS CONVOCATORIAS CON EL MISMO FIN DEL SERVICIO.





UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

RUC : 20527179221

DIRECCION : CALLE PAMPACUCHO N° 127 SICUANI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gob.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: **0552-2025**

DOC. REQ. : **3292**

INFORME N° 1344-2025 G.R.CUSCO/IGRSCAU E 401/SOCE/DAIS
INFORME N° 104-2025 G.R.CUSCO/DRSCAU E 401/SOCE/DAIS/PPCYPSM

FECHA **8/07/2025**

RAZON SOCIAL: _____ TELEFONO FIJO: _____
 RUC: _____ TELEFONO MOVIL: _____
 DIRECCION: _____
 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
	SERVICIO DE TERAPIA LENGUAJE					
	Precio por Entregable					
001	SERVICIO DE TERAPIA LENGUAJE POR LOCACION DE SERVICIO DE UN PSICOLOGO PARA EL MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR..... ()	03 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.
- 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; 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)

 JEFE LOGISTICO	 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR Raúl Santander Cusi	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO REGION REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS, CANCHIS CUSCO Wladimir Soto Hichillumppa RESPONSABLE DE COTIZACIONES	
V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



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

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TERAPIA DE LENGUAJE POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR

1. Área Usuaría solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental. Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. Denominación de la contratación:

Contratación de Servicio de Terapia de Lenguaje por Locación de Servicios para el Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- Objetivo de la Contratación:

Contrato de (01) Psicólogo y/o conocimiento en terapia del lenguaje, para que realice el Servicio de terapia del lenguaje para el Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- Finalidad Pública:

La terapia del lenguaje sirve para identificar, diagnosticar y tratar patologías de la comunicación y dificultades del habla y el lenguaje. La terapia del lenguaje aplica métodos y técnicas científicas para mejorar la comunicación, las cuales serán utilizados en los usuarios que acuden al mental comunitario Musuq Kawsay de espinar en todas las etapas de vida.

3. Actividades del Psicólogo con conocimiento en terapia del lenguaje:

- 10 usuarios detectados con problemas de Lenguaje (casos nuevos) mínimamente.
- 110 atenciones mínimamente a usuarios con problemas de lenguaje (seguimiento de casos, terapias del lenguaje) por entregable.
- 05 visitas domiciliarias a usuarios mínimamente.
- 04 talleres psicoeducativos.
- Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.

Perfiles requeridos para la contratación:

- Psicólogo:

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de psicólogo	Conocimiento en el manejo con pacientes con patologías de comunicación y dificultades del habla y del lenguaje
Especialidad en terapia del lenguaje o conocimiento en el manejo de terapia del lenguaje acreditado con cursos, capacitaciones, diplomados, etc	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Resolución de término de SERUMS	Disponibilidad inmediata
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
Experiencia Profesional mínima 1 año (incluido serums) Experiencia profesional específica mínimo 3 meses en centros de salud mental comunitarios	Manejo adecuado de registro HIS y SIS

a. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- RUC activo y habido
- Registro Nacional de Proveedores.
- DNI vigente

b. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:

- **LUGAR:** Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.



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

- **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 03 entregables.
 - Primer entregable hasta los 30 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
 - Segundo entregable hasta los 60 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
 - Tercer entregable hasta los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

- c. **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.

- d. **FORMA DE PAGO:**

Para la presente contratación el pago se realizará después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria; teniendo en cuenta que el pago se realizara por entregables, luego de otorgada la conformidad de todas las actividades desarrolladas por el profesional en el Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar, para ello el locador tendrá que presentar el entregable detallando las actividades desarrolladas, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del jefe del Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- e. **COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:**

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal de control y prevención en salud mental. Se supervisará de forma inopinada al profesional en mención para el cumplimiento de las actividades antes desarrolladas. El área que se encargará de dar la conformidad del servicio será la Dirección de Atención Integral de Salud – Coordinación del Programa Presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental. Previa presentación del informe de actividades del locador.

GOBIERNO REGIONAL - CUSCO
GEREJA - CUSCO
RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Pa. Paól E. Infantas Leicastr
C. Ps. 14840



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



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

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

Departamento

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.