

COMUNICADO N° 0422- 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 MEDICO CIRUJANO** (6) PARA:

- **PARA EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO. (6)**

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 | 29/08/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 01/09/2025 |

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA **UN PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO PARA EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO. (6)**

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 Y EL MISMO LUGAR.

EL ENVIO DEL CV ES PERSONAL, NO SE ACEPTARÁ, CORREOS DE TERCEROS.



**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: 0696-2025

DOC. REQ.: 4318

INFORME N° 01960-2025 G R CUSCO/DIRECCION E 401/RSSCOE/DE-DAIS
INFORME N° 065-2025 G R CUSCO/GEREN U E 401/SOCE/DE-DAIS/PPD

FECHA: 29/08/2025

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	Precio por Entregable	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
001	SERVICIO ESPECIALIZADO DE UN PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO.....(6) EN LA IPRESS EL DESCANSO DE LA U.E 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR..... (6) SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA		04 entregables según TDR	SERVICIO	1		
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.**DUCUMENTOS 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)

	 Lic. Raminay Vargas RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	 CPC. Waldin Soto Hichilumpa RESPONSABLE DE COTIZACIONES	
V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

TERMINO DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA EN LA IPRESS EL DESCANSO

1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE Y A QUE UNIDAD EJECUTORA PERTENECE

Dirección de Atención Integral de Salud PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129 DISCAPACIDAD, Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención Medica en la IPRESS EL DESCANSO, de la Microred EL DESCANSO, de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

- **Objetivo de la Contratación:**

Contrato mediante la modalidad de locación de servicios de (01) UN MEDICO CIRUJANO, para la atención integral de salud con enfoque de derechos humanos, genero e interculturalidad en población usuaria afiliada, de la jurisdicción del establecimiento de salud denominado, IPRESS EL DESCANSO que se encuentra bajo el ámbito de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar.

- **Finalidad Pública:**

- Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con equipo multidisciplinario
- Brindar la atención Medica integral
- Provisión de una atención orientada hacia actividades preventivas, promocionales, de recuperación y rehabilitación en el contexto de persona, familia y comunidad en el marco del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.
- Atención en la IPRESS EL DESCANSO, para realizar las actividades a través de las atenciones, para mejorar la salud de los usuarios.
- Fortalecer la atención integral de salud

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

3.1 ACTIVIDADES:

El locador de servicios, profesional Médico Cirujano, realizara las actividades que se detallan a continuación:

PROFESIONAL MEDICO GENERAL		
ACTIVIDADES ASIGNADAS	METAS	FUENTE DE VERIFICACION
CAPTACION DE PACIENTES PARA MUESTRA DE DETECCIÓN DE CANCER DE COLON	05 MUESTRAS ENVIADAS A LABORATORIO	LABORATORIO
CAPTACION DE PACIENTE PARA MUESTRA DE DETECCIÓN DEL CANCER DE PROSTATA	05 MUESTRAS ENVIADAS A LABORATORIO	LABORATORIO
ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMEN DE PSA	05 RESULTADOS ENVIADOS A LABORATORIO	HIS
ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMEN EN TEVENON PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO.	05 RESULTADOS ENTREGADOS	HIS
	10	





PERSONAS DE 12 A 17 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	10	HIS
PERSONAS DE 18 A 29 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	10	HIS
PERSONAS DE 30 A 39 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	10	HIS
PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATOIAL	10	HIS
PERSONAS MAYORES DE 40 A 59 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATOIAL	10	HIS
SUPLEMENTACION DE GESTANTES CON ANEMIA SEGUN LA NT 213-2024	04	HIS
SEGUIMIENTO EXTRAMURAL DE PACIENTES DIABETICOS	01	HIS
SEGUIMIENTO EXTRAMURAL DE PACIENTES HIPERTENSO	01	HIS
REGISTRO DE REFERENCIAS EN REFCON	02	REFCON
REGISTRO DE CONTRAREFERENCIAS EN REFCON	04	REFCON
SEGUIMIENTO DE CASOS IRAS	03	HIS
SEGUIMIENTO DE CASOS DE EDAS	03	HIS
REALIZAR EL REGISTRO DE TELECONSULTAS	05	TELEATIENDO
REALIZAR EL REGISTRO DE TELEMONITOREO	05	TELEMONITOREO
REALIZAR REGISTRO DE TELE CONSULTAS	05	TELEATIENDO
REALIZAR AUDITORIA MEDICA PROGRAMADA	2	INFORME ENTREGADO REGISTRADA
AUDITORIA DE RESGISTRO	10	HIS
CAPTACION DE GESTANTE DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE	03	HIS
EVALUACION MEDICA DE PACIENTE SOSPECHO DE TBC	02	SIGTB
VISITA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTEGRARSE A LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES PROGRAMADAS POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	03	HIS
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES EN LOS ESCENARIOS DE FAMILIA COMUNIDAD INSTITUCION EDUCATIVA ETC.	04	HIS
CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS DURANTE LAS 24 HORAS	04	HIS
		PERMANENTE
TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN		
VISTAS MEDICAS		PERMANENTE
PARTICIPACION ACTIVA EN LAS ACTIVIDADES INTERNAS DEL CENTRO DE SALUD		PERMANENTE
EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE CATARATA	5	HIS
REFERENCIA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEGUERA POR CATARATA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	5	HIS
CONSEJERÍA PARA DETECCIÓN OPORTUNA Y CONTROL DE CATARATA.	25	HIS
EVALUACIÓN DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS (AS) DE 3 A 11 AÑOS	20	HIS
REFERENCIA DE NIÑOS CON ERRORES REFRACTIVOS		SEGÚN DEMANDA
TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL EN NIÑOS (AS) DE 3 A 11 AÑOS	20	HIS



PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL	20	HIS
REALIZAR CONTROL PRENATAL A PACIENTES GESTANTES OBLIGATORIO EN EL SEGUMNDO CONTROL PRENATAL	SEGÚN DEMANDA	
MANEJO DE EMERGENCIA O URGENCIA HIPERTENSIVA	SEGÚN DEMANDA	HIS
SEGUIMIENTO DE CASOS DE IRAS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y ADULTO MAYOR	03	HIS
REALIZAR REGISTRO DE TELE MONITOREO	05	HIS
TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DISLIPIDEMIA	SEGUND DEMANDA	
PACIENTE HIPERTENSO DE NO ALTO RIESGO CONTROLADO	SEGÚN DEMANDA	
PACIENTES HIPERTENSOS CON ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR	SEGÚN DEMANDA	
MANEJO BASICO DE CRISIS HIPOGLICEMICA O HIPERGLICEMICA EN PACIENTES DIABETICOS	SEGUND DEMANDA	
PACIENTE DIABÉTICO NO COMPLICADO CONTROLADO	1	HIS
MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL DIABETICA	SEGUND DEMANDA	
ANALIZA Y UTILIZA EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DONDE SE DESEMPEÑA.	PERMANENTE	
TRABAJA EN FORMA COLABORATIVA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD, RESPETANDO LAS OPINIONES Y RECONOCIENDO LA DIMENSIÓN PERSONAL DE SUS INTEGRANTES	PERMANENTE	
DOCUMENTAR Y REDACTA ADECUADA Y CORRECTAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA, DE ACUERDO A LA NORMATIVA VIGENTE, REGISTRO DE CITAS EN LA HISTORIA CLINICA PARA LA PROGRAMAMCION EN EL SIHCE		
CUSTODIAR LOS BIENES PATRIMONIALES ASIGNADOS		
CONTRIBUIR AL LOGRO DE INDOCADORES DEL CONVENIO FED Y GESTION		
REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA	02	HIS
CUSTODIAR Y PRESERVAR LOS BIENES PATRIMONIALES ASIGNADOS	PERMANENTE	
OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL INMEDIATO SUPERIOS		

3.2 PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- Según programación horaria – turnos programados del CS. EL DESCANSO.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- Registro obligatorio de atenciones, HIS, procedimientos, interconsultas y otros en la Historia Clínica y otros documentos pertinentes.



- Registro Obligatorio de los FUAs y de existir correcciones, el levantamiento de observaciones deberá hacerse antes del egreso del paciente.
- Cumplimiento y observancia estricta de las medidas de bioseguridad y prevención de todo evento adverso durante los procesos de atención a los pacientes.

3.3 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR EL PROVEEDOR.

El proveedor acudirá con su indumentaria (personal) según su profesión.

3.4 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR LA ENTIDAD:

La Red de Salud Canas Canchis Espinar, a través del Centro de Salud EL DESCANSO, brindara un ambiente físico, equipos e insumos necesarios para la prestación del servicio.

3.5 NORMAS TÉCNICAS:

En la prestación del servicio, el proveedor deberá tener en consideración las Normas Técnicas, Guías y protocolos vigentes del Ministerio de Salud (MINSa), y otras aplicables para los fines de la presente contratación, según corresponda

3.6 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:

PERFIL DE MEDICO CIRUJANO

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención médica de forma integral, en el marco de promoción de la salud, prevención de riesgos, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud en IPRESS. • Producción de FUAS, HIS, referencias y/o referencias y otros. • Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil y/o telemedicina dentro de sus competencias profesionales.
REQUISITOS OBLIGATORIO:
<ul style="list-style-type: none"> - Título Profesional de Médico Cirujano (obligatorio) - Resolución de Termino SERUMS - Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente - Copia de DNI - RUC vigente, activo y habido. - Contar con Registro Nacional de Proveedores – Servicios (RNP-OSCE) activo y vigente a la fecha de convocatoria. - No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil - Disponibilidad inmediata.
EXPERIENCIA
Acreditar Experiencia mínima de 01 años (incluido SERUMS)
COMPETENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas. - Trabajo en equipo y liderazgo. - Compromiso institucional buscando la excelencia. - Manejo de programas informáticos.



4. RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS ENTREGABLES)

Como productos entregables, el proveedor deberá presentar un informe, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Terminó de Referencia.

4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

a. **LUGAR:** Centro de Salud EL DESCANSO

b. **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de **04 entregables**, según el siguiente detalle:

- 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.
- Tercero entregable hasta los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Cuarto entregable hasta los 120 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

5. SUBCONTRATACIÓN:

El proveedor no podrá subcontratar total ni parcialmente las prestaciones a su cargo, señaladas en el presente termino de referencia.

6. RESPONSABILIDAD

El proveedor cumplirá sus actividades en el establecimiento de salud C.S EL DESCANSO, que se encuentra bajo el ámbito administrativo de la U.E. 401 SCCE y fuera del mismo cuando la entidad, en función del cumplimiento de sus fines públicos y para el logro de sus objetivos institucionales, así lo requiera por la estricta necesidad de servicio.

El proveedor asumirá responsabilidades inherentes al servicio público, en consecuencia, responsabilidades administrativas y legales.

7. 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. (Ley N° 26842 – Ley General de Salud).

8. PROPIEDAD INTELECTUAL:

El proveedor no tendrá ningún título, patente u otros derechos de propiedad en ninguno de los documentos preparados durante la ejecución del presente termino de Referencia, tales derechos pasaran a ser propiedad de la U.E.401 SCCE.



9. MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.

a. ÁREA(S) QUE COORDINARA(N) CON EL PROVEEDOR:

El/La Jefe del establecimiento de Salud, el Coordinadores de los Programas Presupuestales, Los coordinadores de Microred. Profesionales y Técnicos de las diferentes áreas asistenciales, sostendrán reuniones y coordinaciones con el locador.

b. ÁREAS RESPONSABLES DE LAS MEDIDAS DE CONTROL

El/La Jefe del establecimiento de Salud según sea el caso, será el/la responsable de supervisar y monitorear el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Termino de Referencia con el fin de garantizar que los entregables guarden coherencia con las actividades a desarrollar, sin perjuicio de lo manifestado, el titular de la U.E 401 SCCE, podrá designar personal o equipos para que contribuyan con este propósito.

10. EXTINCIÓN DEL SERVICIO

La U.E. 401 SCCE a solicitud del área usuaria podrá rescindir el servicio por decisión unilateral y/o por temas financieros podrá poner fin a la prestación del servicio, el incumplimiento comprobado de los procedimientos establecidos en el numeral 3.2 constituyen causal de observación del contrato.

11. MARCO LEGAL DEL CONTRATO

El contrato a suscribir se realizará de conformidad al Código Civil artículo 1764° por lo tanto el LOCADOR no tendrá condición de trabajador de la ENTIDAD, por lo que no estará sujeto a las normas y reglamentos del personal de la institución y no existirá relación laboral de dependencia entre las partes.

12. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La conformidad de la prestación del servicio será visada por el Área Usuaria, previa emisión del informe técnico de la ejecución de las actividades mencionadas en el numeral 4, realizadas durante el periodo comprendido a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio.

13. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación el pago se realizará después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar los entregables informando las actividades desarrolladas, con el siguiente detalle:

- Informe de actividades realizadas con visto bueno del jefe de Establecimiento de Salud.
- Conformidad de la prestación del servicio con los vistos buenos del Jefe del Establecimiento de Salud, Jefe de Microred y Coordinador del Programa Presupuestal de Enfermedades No transmisibles.
- Recibo por Honorarios (comprobante de pago).



14. FORMULA DE REAJUSTE

No aplica

15. ADELANTOS

No aplica

16. DECLARATORIA DE VIABILIDAD

No aplica

17. PENALIDADES

Si el contratista no cumple con las actividades encomendadas dentro del plazo estipulado, la entidad le aplicara una penalidad pecuniaria por cada día de atraso. La entidad tiene derecho a exigir, además de la penalidad, el cumplimiento de la obligación.

18. OTRA PENALIDADES APLICABLES

En caso de que el contratista del servicio resuelva de manera unilateral la orden de servicio vigente, se aplicara una penalidad pecuniaria.

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales, se procederá a resolver el contrato y/o orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164 y 165 del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Asimismo, puede resolverse de forma total o parcial la Orden de Servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área Usuaría

19. OTRAS CONDICIONES ADICIONALES

- El personal contratado de salud se sujeta a cumplimiento de las normativas vigentes en materia de salud.
- Los productos deberán ser entregados y sustentados en la forma y plazos que se indican en los términos de referencia.
- No incluye viáticos ni otros gastos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
P.P. DISCAPACIDAD
Beatriz Sanga Yiza
OBS. EXTRA CEP, 5719
COORDINADORA P.P. DISCAPACIDAD



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

Nº _____, 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 Nº 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.

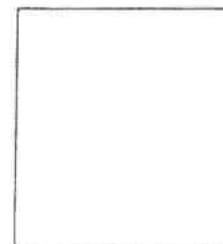
Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

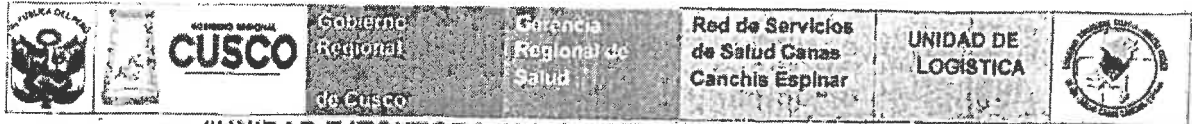
DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

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



"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 cumpro 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 cumpro 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

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.