

COMUNICADO N° 0 453– 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 PROFESIONAL DE OBSTETRA.....(2) PARA:

- IPRESS EL DESCANSO(2)

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, 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 | 09/09/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 10 Y 11/09/2025 |

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA
OBSTETRA PARA EL IPRESS EL DESCANSO.

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.gop.pe**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0 730- 2025

DOC. REQ.: 4551

INFORME N° 021-23-2025 G R CUSCO/DIRSCAJ E-401/RSSCOE/DA/S
INFORME N° 0356-2025 G R CUSCO/DIRSCAJ E-401/SOCE/DE-DA/S/ESSR

FECHA

9/09/2025

RAZON SOCIAL: _____

RUC: _____

DIRECCION: _____

CORREO ELECTRONICO : _____

CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: _____

TELEFONO FIJO: _____

TELEFONO MOVIL: _____

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					
	SERVICIO DE ATENCION EN OBSTETRICIA....2					
001	CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIO DE PROFESIONAL DE OBSTETRA (2) LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO: IPRESS EL DESCANSO. SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA	04 entregables según TDR	SERVICIO	1		

PRECIO TOTAL OFERTA S/.**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, 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:**

1. Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (N° 32069),Adjunto a la presente.

2. Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.

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°32069)

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
Lic. Rocio Gonzales Vargas
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
CPC. Waldi Soto Hichillumpa
RESPONSABLE DE COTIZACIONES

VºBº JEFE LOGISTIC

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

TERMINO DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DE PROFESIONL OBSTETRA POR LOCACIÓN DE SERVICIOS EN LA IPRESS EL DESCANSO

1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE Y A QUE UNIDAD EJECUTORA PERTENECE

Dirección de Atención Integral de Salud – Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención de OBSTETRA 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 OBSTETRA, para contribuir a mejorar la salud materna a través de la vigilancia y el seguimiento estricto de la gestante previniendo la morbimortalidad materna y perinatal; brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional y concepcional (prenatal, natal y postnatal); Como también a la captación y seguimiento de usuarios en planificación familiar, Cáncer, ITS – VIH/SIDA, 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 pre natal a la gestante por curso de vida en el contexto de su familia y comunidad.
- Provisión de una atención prioritariamente orientada hacia actividades preventivas, promocionales, además de recuperativas y de rehabilitación según corresponda.
- Coadyuvar el logro oportuno de los objetivos, metas e indicadores, en beneficio de la población.
- En la atención de salud intramural brindar los cuidados esenciales comprendidos en los paquetes de atención integral por curso de vida, según sus competencias en base a las necesidades de salud identificadas en la persona, familia y comunidad realizándose la referencia del caso si lo amerita.
- Brindar atenciones integrales de promoción de la salud en base a las necesidades de salud identificadas y priorizadas en la persona, familia y comunidad, así como de prevención de riesgos y control de daños a la salud.

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

3.1 ACTIVIDADES:

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

- a. Atención integral de la Gestante y Púerpera, Garantizando la identificación, Diagnóstico, y estabilización de urgencias y emergencias, así como el Manejo y/o Referencia oportuna a través del aplicativo REFCON y seguimiento de la Contrareferencia.
- b. Atención de la Gestante en el periodo de parto.

- c. Realiza pruebas de bienestar fetal – NST (Monitoreo Fetal).
- d. Realiza teleinterconsultas.
- e. Solicita e interpreta exámenes auxiliares.
- f. Realizar atenciones o procedimientos clínicos con fines diagnóstico y/o terapéutico que requieran permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas dentro del establecimiento de salud.
- g. Seguimientos con Visita domiciliaria a gestantes y Puérperas.
- h. Seguimientos con visita domiciliaria a usuarias de planificación familiar.
- i. Tamizajes de anemia a gestantes, MEF, adolescentes.
- j. Atenciones de gestantes en el I trimestre de embarazo.
- k. Atenciones de gestantes en el II trimestre de embarazo.
- l. Atenciones de gestantes en el III trimestre de embarazo.
- m. Asegurar la elaboración del plan de parto a fin de reforzar el parto institucional.
- n. Apoyo en el seguimiento oportuno del padrón nominal de gestantes a través del monitoreo virtual,
- o. Realiza atención preconcepcional.
- p. Realiza Estimulación Prenatal.
- q. Realiza Psicoprofilaxis Obstétrica.
- r. Realiza Papanicolau o IVAA.
- s. Realiza atenciones y Consejería de Planificación familiar y anticoncepción post parto y post aborto.
- t. Atención preventiva y Tamizajes de ITS: VIH/SIDA, sífilis y hepatitis.
- u. Controles de puerperio 1º y 2º.
- v. Actividades extramurales a solicitud el jefe del servicio y/o de la Microred.
- w. Ejecutar actividades relacionadas a las demás Estrategias Sanitarias que se le asigne.
- x. Elaborar de manera adecuada el registro de la historia clínica virtual SIHCE – Modulo Wawared, prescripción de recetas, citaciones, HIS, Formatos Únicos de Atención (FUA) y otros relacionados con la atención.
- y. Participar en campañas y actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- z. Otras actividades inherentes relacionadas con el objeto de la contratación.
- aa. Otras funciones que le asigne su jefe Inmediato Superior.

3.2 PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- Según programación SIHCE del servicio de Obstetricia – turnos programados de la IPRESS 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 virtual SIHCE – Modulo Wawared, referencia y contrareferencia a través del aplicativo REFCON 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 de la IPRESS 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 DEL PROFESIONAL OBSTETRA

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención de obstetricia de forma integral, en el marco de promoción de la salud, prevención de riesgos, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud en IPRESS El Descanso. • Producción en la Historia Clínica virtual SIHCE – Modulo Wawared, FUAS, HIS, referencias y Contrareferencias en aplicativo REFCON, Teleinterconsultas y otros. • Realizar otras actividades en el marco del Modelo Cuidado Integral de Salud. • Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil dentro de sus competencias profesionales.
REQUISITOS OBLIGATORIO:
<ul style="list-style-type: none"> - Título Profesional de Obstetra (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. - No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata. - Disponibilidad inmediata.
OTROS REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> - Cursos de Especialización en Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal; Emergencias Obstetricas; Monitoreo Electrónico Fetal y otros referente a la Carrera Profesional y actividades a realizarse en el Primer Nivel de Atención. - Experiencia Mínima de 01 año (incluido el 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 informes en cada entregable, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Terminó de Referencia., conforme a la siguiente:

- Realizar 200 atenciones (evidenciadas en reporte SIHCE – Modulo Wawared, HIS y FUAs de servicios tanto intramural como extramural) mínimo por entregable, las cuales serán coordinadas con el establecimiento de salud, Brindando atención en el campo asistencial de los Establecimientos de Salud del I Nivel de atención, tanto intramural como Extramural, según protocolos, normas y guía de prácticas clínicas MINSA.
 - o Informe de seguimiento y monitoreo del padrón nominal de gestantes y usuarias de planificación familiar.
 - o Realizar la atención de salud en situaciones de urgencias o emergencias de acuerdo con la normatividad vigente y la cartera de servicios de salud de la IPRESS El Descanso.
 - o Producción de FUAS, HIS, referencias y/o contrarreferencias, Historia Clínica virtual SIHCE – Modulo Wawared y otros.

4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- a. **LUGAR:** IPRESS 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:

SERVICIO	TIEMPO
Primer Entregable	Hasta los 25 días a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Segundo Entregable	Hasta los 50 días a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Tercer Entregable	Hasta los 75 días a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Cuarto Entregable	Hasta los 100 días a partir del día siguiente de la suscripción del contrato

- c. El profesional se obliga a prestar las actividades descritas en el presente Término de Referencia.
- d. Atención en el marco del cumplimiento que Reglamenta Ley de trabajo y carrera de profesionales de la Salud DECRETO SUPREMO N°0019-83-PCM. CONCORDANCIAS.

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 IPRESS 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, los 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 articulo 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 hasta los VEINTE CINCO (25) días calendarios de ejecución del servicio.

13. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación el pago se realizará después de entregado el informe y después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar el informe del entregable detallando 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 de la ESSSR.
- 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 Usuaria

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.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. N° 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

OBS. GREYSI CARLOS ESTRADA
RESPONSABLE E S S R
COP. 27768



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:

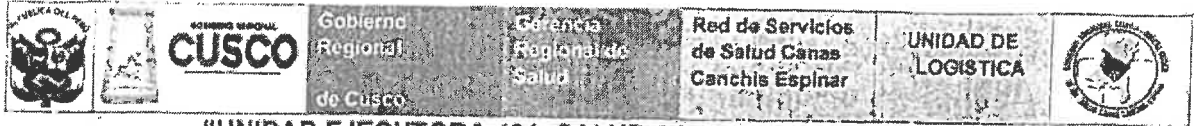
DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

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



"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 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

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.