



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: **0735 - 2025**

DOC. REQ. : **4562**

INFORME N° 2138-2025 G R CUSCO/IGRSCAU E 401/SOCEDAIS
INFORME N° 0179-2025 G R CUSCO/DIRSCAU E 401/SOCEDAIS/PPCYPSPM

FECHA

10/09/2025

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					
	ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN PSICOLOGIA...(3)					
001	CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIO DE PROFESIONAL DE PSICOLOGO (3) LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO: CENTRO DE SALUD 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.

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. 11° de la LCE 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. Renato Loayza Vargas RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR CPC. Walter Soto Hichillumpa RESPONSABLE DE COTIZACIONES	
V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

COMUNICADO N° 0458- 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA AMPLIACION A LA CONVOCATORIA DE LOCACION SERVICIOS DE UN PROFESIONAL PSICOLOGO.....(3) PARA:

- EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO..... (3)

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

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA:
PROFESIONAL PSICOLOGO..... (3)

PARA: **CENTRO DE SALUD EL DESCANSO (3)**

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



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

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN PSICOLOGIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO

- 1. Área Usuaría solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece**
El Centro de Salud el Descanso a través de la 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 Atenciones Especializadas en Psicología para el Centro de Salud El Descanso

- **Objetivo de la Contratación:**
Contrato de (01) Psicólogo para que preste el servicio de Atenciones Especializadas en Psicología para el Centro de Salud El Descanso

- **Finalidad Pública:**
Es la atención, y valoración mental, así como el desarrollo de programas en entrenamiento en habilidades sociales para una mejor reinserción hacia la sociedad como aspecto complementario en el trabajo de recuperación que va de la mano con el trabajo de dosificación psicofarmacológica, así mismo el trabajo de seguimiento a las víctimas de violencia intrafamiliar y demás actividades que competen al trabajo según PPR del programa presupuestal 0131.

3. Actividades del Psicólogo: (por entregable)

ACTIVIDAD PARA EL PROFESIONAL DE PSICOLOGIA	META	FUENTE DE VERIFICACION
TAMIZAJE PARA DETECTAR VIOLENCIA FAMILIAR EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS	20 PERSONAS TAMIZADAS	HIS
TAMIZAJE PARA DETECTAR DETERIORO COGNITIVO - DEMENCIA EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MAS	30 PERSONAS TAMIZADAS	HIS
TAMIZAJE PARA DETECTAR TRASTORNOS MENTALES (DEPRESIÓN, CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTA SUICIDA) EN GRUPOS DE RIESGO DE PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS	80 PERSONAS TAMIZADAS	HIS
TAMIZAJE ESPECIALIZADO PARA DETECTAR PROBLEMAS DEL NEURODESARROLLO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS	40 PERSONAS TAMIZADAS	HIS
TAMIZAJE PARA DETECTAR MALTRATO INFANTIL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 17 AÑOS	60 PERSONAS TAMIZADAS	HIS
TAMIZAJE PARA DETECTAR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 3 A 17 AÑOS.	15 PERSONAS TAMIZADAS	HIS
TRATAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO INFANTIL	15 PERSONAS TRATADAS	HIS
TRATAMIENTO ESPECIALIZADO NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR VIOLENCIA SEXUAL	01 PERSONA TRATADA	HIS
TRATAMIENTO EN VIOLENCIA FAMILIAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN NO ESPECIALIZADO	20 PERSONAS TRATADAS	HIS
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 17 AÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.	01 PERSONA TRATADA	HIS
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 0 A 17 AÑOS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.	02 PERSONAS TRATADAS	HIS
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA.	01 PERSONA TRATADA	HIS



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

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON ANSIEDAD.	10 PERSONA TRATADA	HIS
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN	05 PERSONA TRATADA	HIS
PREVENCION FAMILIAR DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES	01 TALLER	HIS
FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LIMITES	10 PERSONAS ATENDIDAS	HIS
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN SITUACIONES DE CRISIS Y EMERGENCIAS HUMANITARIAS	01 TALLER	HIS
SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTOS	01 TALLER	HIS
SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑAS, NIÑOS	01 TALLER	HIS
INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y TABACO	01 PERSONA TRATADA	HIS
INTERVENCIONES BREVES MOTIVACIONALES PARA PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL DEL ALCOHOL Y TABACO.	01 PERSONA TRATADA	HIS
SEGUIMIENTO DE GESTANTE CON VIF POSITIVO	02 GESTANTES	HIS
EMISION DE INFORMES PSICOLOGICOS A FISCALIA	DE ACUERDO A NECESIDAD	JEFE INMEDIATO
VISITAS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON DISCAPACIDAD Y DEMAS DIAGNOSTICOS	05 VISITAS DOMICILIARIAS	HIS
TELEMEDICINA	02 TELEMEDICINAS	HIS
TELEMONITOREO	05 TELEMONITOREOS	HIS
<ul style="list-style-type: none"> o DEMOSTRAR PUNTUALIDAD Y RESPONSABILIDAD o DEMOSTRAR IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL o PARTICIPAR CON LOS ACUERDOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD o PARTICIPAR EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES YA PROGRAMADAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD o PARTICIPAR EN SECTORIZACIÓN o REGISTRO ADECUADO Y OPORTUNO DE HIS Y FUAS DE ACUERDO A LOS CÓDIGOS Y/O PRESTACIONES EJECUTADAS 	PERMANENTE	JEFE INMEDIATO

a. Perfiles requeridos para la contratación:

- Psicólogo:

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de psicólogo	Conocimiento en el manejo de guías de práctica clínica en salud mental
Curso de salud mental.	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Resolución de termino 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)	

b. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

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

c. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:

- LUGAR: C.S. El Descanso
- PLAZO El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 04 entregables.
 - Primer entregable hasta los 25 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
 - Segundo entregable hasta los 50 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
 - Tercer entregable hasta los 75 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
 - Cuarto entregable hasta los 100 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

REGISTRADO REGIONAL CUSCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
 EDIFICIO SALUD CANAS CANCHA ESPINAR
 P.O. BOX 10101
 C. P. 12010

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

d. 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.

e. 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 el pago se realizara por entregables, luego de otorgada la conformidad de todas las actividades desarrolladas por el profesional en el Centro de Salud el Descanso, 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 Centro de Salud el Descanso.

f. 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
UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD
CANALES CANCHIS ESPINAR
Pc. Pcm
C. 01 10043



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.

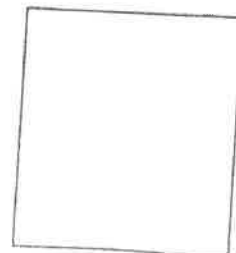
Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

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

"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 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 N° 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 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.