

## COMUNICADO N° 0483– 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 ..... () PARA:

- PARA EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO. ()

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](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 | 26/09/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 29/09/2025 |



### NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

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

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.

EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS, SOLO SERÀ VALIDA LA PRIMERA PROPUESTA PRESENTADA.

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 SUCUNI-CANCHIS-CUSCO.  
 TELEFONO : 084-352765  
 CORREO ELECTRONICO : [logistica@redsaludcce.gob.pe](mailto:logistica@redsaludcce.gob.pe)

**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: **0786-2025**

DOC. REQ.: **4831**

INFORME N° 2304-2025-G R CUSCO/DRSCAU E 401/RSSCCEDAIS  
 INFORME N° 090-2025 G R CUSCO/GRSCAU E 401/SGCEDAIS/PPD

FECHA: **26/09/2025**

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 |
|--------------------------------|--|--------------------------|---------------|----------|-----------------|------------------|
|                                | <b>CONTRATACION DE SERVICIO MEDICO</b>   |                          |               |          |                 |                  |
|                                | Profesional Medico Cirujano  |                          |               |          |                 |                  |
| 001                            | CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIO DE PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO .....()<br>LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO: PARA EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO .....()<br><u>SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA</u> | 03 entregables según TDR | SERVICIO      | 1        |                 |                  |
| <b>PRECIO TOTAL OFERTA S/.</b> |  |                          |               |          |                 |                  |

**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)

|  |   |   |                             |
|--|---|---|-----------------------------|
| <br>GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO<br>UNIDAD EJECUTIVA<br>JEFATURA LOGISTICA<br>SUCUNI-CANCHIS ESPINAR | GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO<br>GERENCIA REGIONAL DE SALUD<br>U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR<br>Lic. Ramiro Loayza Vargas<br>RESPONSABLE DE ADQUISICIONES | GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO<br>GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO<br>U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR<br>CPC. Waldir Soto Hichillumpa<br>RESPONSABLE DE COTIZACIONES |                             |
| VºBº 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:

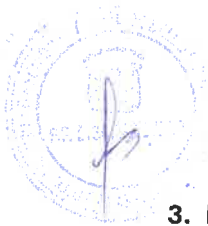
Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención Medica en la IPRESS EL DESCANSO, de la Microred EL DESCANSO, de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

##### - **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 DETECCION DE CANCER DE COLON     | 05 MUESTRAS ENVIADAS A LABORATORIO   | LABORATORIO            |
| CAPTACION DE PACIENTE PARA MUESTRA DE DETECCION DEL CANCER DE PROSTATAS | 05 MUESTRAS ENVIADAS A LABORATORIO   | LABORATORIO            |
| ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMEN DE PSA                                  | 05 RESULTADOS ENVIADAS A LABORATORIO | HIS                    |
| ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMEN EN TEVENON                              | 05 RESULTADOS ENTREGADOS             | HIS                    |
| PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO.   | 10                                   | HIS                    |



|  |               |                              |
|--|---------------|------------------------------|
| 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 SEGÚN 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            | REGISTRADA                   |
| CAPTACION DE GESTANTE DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE  | 03            | HIS                          |
| EVALUACION MEDICA DE PACIENTE SOSPECHO DE TBC  | 02            | SIGTB                        |
| VISITA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD   | 03            | HIS                          |
| INTEGRARSE A LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES PROGRAMADAS POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD                                | 04            | 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  | 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 SEGUNDO 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  | SEGUNDA 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  | SEGUNDA DEMANDA |     |
| PACIENTE DIABÉTICO NO COMPLICADO CONTROLADO   | 1               | HIS |
| MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL DIABETICA   | SEGUNDA 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 PROGRAMACION EN EL SIHCE | PERMANENTE      |     |
| CUSTODIAR LOS BIENES PATRIMONIALES ASIGNADOS  | PERMANENTE      |     |
| CONTRIBUIR AL LOGRO DE INDICADORES DEL CONVENIO FED Y GESTION   | PERMANENTE      |     |
| 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**

|   |
|---|
| <b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Producción de FUAS, HIS, referencias y/o referencias y otros.</li> <li>• Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil y/o telemedicina dentro de sus competencias profesionales.</li> </ul>  |
| <b>REQUISITOS OBLIGATORIO:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Título Profesional de Médico Cirujano (obligatorio)</li> <li>- Resolución de Terminación SERUMS</li> <li>- Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente</li> <li>- Copia de DNI</li> <li>- RUC vigente, activo y habido.</li> <li>- Contar con Registro Nacional de Proveedores – Servicios (RNP-OSCE) activo y vigente a la fecha de convocatoria.</li> <li>- No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil</li> <li>- Disponibilidad inmediata.</li> <li>- En casos de empate se tendrá que considerar los certificados y/o especialidades</li> </ul> |
| <b>EXPERIENCIA</b>  |
| Acreditar Experiencia mínima de 01 años (incluido SERUMS)   |
| <b>COMPETENCIAS</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas.</li> <li>- Trabajo en equipo y liderazgo.</li> <li>- Compromiso institucional buscando la excelencia.</li> <li>- Manejo de programas informáticos.</li> </ul>   |



**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 Terminio de Referencia., conforme a la siguiente:

| Actividad   | Producto por Entregable | Cantidad de Entregables | Fuente de Verificación |
|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Brindar prestaciones de salud individual y de salud pública a la persona, familia y comunidad a través de modalidades de oferta fija, móvil o telesalud, utilizando tecnologías de información establecidas de acuerdo con la cartera de servicios, en el marco del modelo de atención de salud y modelo de organización de los servicios de salud vigente. |                         |                         |                        |
| Realizar la evaluación clínica integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento centrados en la persona, considerando aspectos físicos, mentales y sociales, utilizando herramientas de gestión clínica y tecnologías de la información y comunicación establecidas en normas vigente   | 150                     | 04                      | HIS / HCI              |
| Realizar la atención de salud en situaciones de urgencias o emergencias y referencia del paciente según corresponda, de acuerdo con la normatividad vigente y la cartera de servicios de salud del establecimiento de salud.  |                         |                         |                        |
| Actividades extramurales a requerimiento del jefe del servicio y/o de la microred   |                         |                         |                        |

**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.

**5. SUBCONTRATACIÓN:**

El proveedor no podrá subcontratar total ni parcialmente las prestaciones a su cargo, señaladas en el presente terminio 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





#### 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., conforme a la siguiente:

| Actividad   | Producto por Entregable | Cantidad de Entregables | Fuente de Verificación |
|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Brindar prestaciones de salud individual y de salud pública a la persona, familia y comunidad a través de modalidades de oferta fija, móvil o telesalud, utilizando tecnologías de información establecidas de acuerdo con la cartera de servicios, en el marco del modelo de atención de salud y modelo de organización de los servicios de salud vigente. |                         |                         |                        |
| Realizar la evaluación clínica integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento centrados en la persona, considerando aspectos físicos, mentales y sociales, utilizando herramientas de gestión clínica y tecnologías de la información y comunicación establecidas en normas vigente   | 150                     | 04                      | HIS / HCI              |
| Realizar la atención de salud en situaciones de urgencias o emergencias y referencia del paciente según corresponda, de acuerdo con la normatividad vigente y la cartera de servicios de salud del establecimiento de salud.  |                         |                         |                        |
| Actividades extramurales a requerimiento del jefe del servicio y/o de la microred   |                         |                         |                        |

#### 4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- a. **LUGAR:** Centro de Salud EL DESCANSO, se encuentra ubicado en la capital del Distrito de Kunturkanki en la provincia de Canas, Cusco, Perú. A 1 hora 20min de la Provincia de Canchis, distrito de Sicuani.
- 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.

#### 5. SUBCONTRATACIÓN:

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

#### 6. RESPONSABILIDAD

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 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.

### 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 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.
- No incluye viáticos ni otros gastos

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

  
Beatriz Sanga Viza  
OBSTETRA COP. 5719  
COORDINADORA PP. DISCAPACIDAD



GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno  
Regional  
de Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

Unidad Ejecutora  
N°401-Salud  
Canas Canchis  
Espinar

UNIDAD DE  
LOGISTICA



*"Año de la recuperación y consolidación de la Economía"*

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Señores:

**UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR - UNIDAD DE LOGISTICA**

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°:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

DETRACCION:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

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 la factura y/o 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

## DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe, .....identificado (a) con DNI

N°.....domiciliado(a)en.....

Departamento.....Provincia.....Distrito.....

### DECLARO BAJO JURAMENTO\*:

1. Que no tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el Artículo de la ley N°32069" ley general de contrataciones públicas" así como la ley de procedimiento administrativo general, ley N°27444, cuando corresponde
2. De ser seleccionado autorizo para efectos de notificación al correo electrónico consignado/o domicilio.

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.

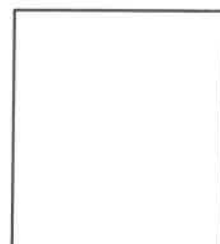
Sicuni,..... de.....del 2025.

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

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