

## COMUNICADO N° 0488- 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE LICENCIADO EN ENFERMERIA 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 | 01/10/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 02/10/2025 |

### NOTA:

- ESCRIBIR EN EL ASUNTO:
- EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA: **LICENCIADO EN ENFERMERIA .....(3).**
- PARA: **CENTRO DE SALUD EL DESCANSO.**

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

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 SUCUANI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : [logistica@redsaludcce.gob.pe](mailto:logistica@redsaludcce.gob.pe)

**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: **0790-2025**

DOC. REQ.: **4902**

INFORME N° 2349-2025 G.R.CUSCO/UE 401/SCE/DAIS  
INFORME N° 188-2025 G.R.CUSCO/GRSCU E 401/SCE/DAIS/DIT

FECHA **1/10/2025**

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 DE ENFERMERIA</b>					
	Profesional Licenciado en Enfermeria					
001	CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIO DE PROFESIONAL LICENCIADO(A) EN ENFERMERIA .....(3) LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO: PARA CENTRO DE SALUD EL DESCANSO .....(3)	03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
	SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA					
<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 borriones.

**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 (32069),Adjunto a la presente.
- Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.
- Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

**PENALIDADES:**

- Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Segun Directiva Interna .
- Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°32069)

 JEFE LOGÍSTICA	 Lic. Ramiro Coayza Vargas RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	 C. Confrando Gomez Uisp Jefe de la Unidad Logística	
VºBº JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Gerencia Regional  
de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección Atención  
Integral de Salud



“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

## TERMINO DE REFERENCIA

### CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN LA IPRESS EL DESCANSO

#### 1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE Y A QUE UNIDAD EJECUTORA PERTENECE

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal orientado a resultados de Desarrollo Infantil Temprano Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

#### 2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención de Enfermería 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 Licenciada(o) en Enfermería, para la atención integral de salud con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad en población usuaria, 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:**

La finalidad de enfermería en la estimulación temprana es potenciar el desarrollo integral de los niños y sus familias, detectar precozmente posibles alteraciones del neurodesarrollo y promover estrategias de crianza efectivas en el hogar y la comunidad. Las enfermeras educan, intervienen y apoyan para que los niños desarrollen al máximo sus capacidades motoras, psicosociales y cognitivas, mejorando así su autonomía y calidad de vida.

- Brindar la atención de Enfermería en estimulación temprana: **Evaluación y acompañamiento:** Valorar el estado de desarrollo del niño y acompañar a las familias en el proceso de estimulación. **Intervención educativa:** Desarrollar e implementar estrategias de intervención adaptadas a cada niño y su familia. **Consejería a padres:** Ofrecer asesoramiento sobre prácticas de cuidado y actividades de estimulación adecuadas para cada etapa del desarrollo. **Promoción de la salud:** Fomentar una cultura de salud en la familia y la comunidad, promoviendo ambientes y prácticas saludables
- 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, nutrición y desarrollo infantil temprano de las niñas y niños menores de cinco años en cumplimiento de la norma técnica de salud N° 537-2017Minsa para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años.
- Fortalecer la atención integral de salud

#### 3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:





Gerencia Regional  
de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección Atención  
Integral de Salud



“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

### 3.1 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:

#### PERFIL DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

<b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar la atención de Enfermería en estimulación temprana: Evaluación y acompañamiento: Valorar el estado de desarrollo del niño y acompañar a las familias en el proceso de estimulación. Intervención educativa: Desarrollar e implementar estrategias de intervención adaptadas a cada niño y su familia. Consejería a padres: Ofrecer asesoramiento sobre prácticas de cuidado y actividades de estimulación adecuadas para cada etapa del desarrollo. Promoción de la salud: Fomentar una cultura de salud en la familia y la comunidad, promoviendo ambientes y prácticas saludables</li> <li>• Producción de FUAS, HIS, referencias y/o referencias y otros.</li> <li>• Realizar otras actividades en el marco del Modelo Cuidado Integral de Salud.</li> <li>• Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil dentro de sus competencias profesionales.</li> </ul>
<b>REQUISITOS OBLIGATORIO:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título Profesional de Licenciada(o) en Enfermería (obligatorio)</li> <li>- Con especialidad y/o curso de capacitación (certificados, diplomados acreditados) en estimulación temprana.</li> <li>- Resolución de Termino SERUMS</li> <li>- Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente</li> <li>- Copia de DNI</li> <li>- Ficha 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>- No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata.</li> <li>- Disponibilidad inmediata.</li> </ul>
<b>OTROS REQUISITOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de Especialización referente a la Carrera Profesional y actividades a realizarse en el Primer Nivel de Atención.</li> <li>- Experiencia Mínima de 01 años incluido SERUMS</li> </ul>
<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>





“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

**3.1 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:**

**PERFIL DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA**


<b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar la atención de Enfermería en estimulación temprana: Evaluación y acompañamiento: Valorar el estado de desarrollo del niño y acompañar a las familias en el proceso de estimulación. Intervención educativa: Desarrollar e implementar estrategias de intervención adaptadas a cada niño y su familia. Consejería a padres: Ofrecer asesoramiento sobre prácticas de cuidado y actividades de estimulación adecuadas para cada etapa del desarrollo. Promoción de la salud: Fomentar una cultura de salud en la familia y la comunidad, promoviendo ambientes y prácticas saludables</li> <li>• Producción de FUAS, HIS, referencias y/o referencias y otros.</li> <li>• Realizar otras actividades en el marco del Modelo Cuidado Integral de Salud.</li> <li>• Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil dentro de sus competencias profesionales.</li> </ul>
<b>REQUISITOS OBLIGATORIO:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título Profesional de Licenciada(o) en Enfermería (obligatorio)</li> <li>- Con especialidad y/o curso de capacitación (certificados, diplomados acreditados) en estimulación temprana.</li> <li>- Resolución de Termino 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>- No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata.</li> <li>- Disponibilidad inmediata.</li> </ul>
<b>OTROS REQUISISTOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de Especialización referente a la Carrera Profesional y actividades a realizarse en el Primer Nivel de Atención.</li> <li>- Experiencia Mínima de 01 años incluido SERUMS</li> </ul>
<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>



# ACTIVIDADES DE ENFERMERA ESTIMULACION

PROFESIONAL ENFERMERA ESTIMULACION	
ACTIVIDADES ASIGNADAS	METAS
REALIZAR SESIONES DE ESTIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS DE 1-3 MESES; 4-6 MESES; 7-9 MESES, 10-12 MESES, 13-15 MESES, 19-21 MESES, 22-24 MESES, 2 Y 3 AÑOS	20
EVALUACION DEL DESARROLLO INFANTIL, COMO EL LENGUAJE, LA MOTRICIDAD, LA COORDINACION Y EL DESARROLLO SOCIOAFECTIVO. CON LA ESCALA DE EVALUACION, EEDP	10
EVALUACION DEL DESARROLLO INFANTIL EN LAS AREAS DE DESARROLLO CON TEPSI	10
CONSEJERIA A LOS PADRES Y/O CUIDADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA Y COMO APLICARLA EN EL HOGAR.	20
IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALERTA EN EL DESARROLLO INFANTIL, COMO RETRASOS EN LAS AREAS DE DESARROLLO (LENGUAJE O LA MOTRICIDAD Y OTROS)	5
APOYO EN EL SERVICIO DE ENFERMERIA SITUACION DE EMERGENCIA, NECESIDAD DE PERSONAL Y OTROS	10
PARTICIPAR EN LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA.	5
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRA HOSPITALARIAS, ASÍ COMO LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES.	INFORME MENSUAL
REALIZAR LOS REGISTROS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL AREA DE ESTIMULACION Y OTROS QUE COMPETEN AL SERVICIO DE ENFERMERÍA.	1
COORDINAR Y MONITOREAR EL TRABAJO CON EQUIPO DE ENFERMERÍA, VERIFICANDO QUE SE ESTÉ EFECTUANDO DE ACUERDO CON LAS GUÍAS DE PRACTICAS CLÍNICAS PROCEDIMIENTOS O INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS.	1
CUMPLIR 150 HORAS MENSUALES DE ACUERDO CON HORARIO ROTATIVO	MENSUAL
OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR LA JEFATURA INMEDIATA RELACIONADAS A LA MISIÓN DEL PUESTO.	



  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe de Servicio



Gerencia Regional  
de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección Atención  
Integral de Salud



“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

### **3.2 PROCEDIMIENTOS:**

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- Según programación horaria – 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 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**

#### **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 Término de Referencia., conforme a la siguiente:

#### **4.2 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

- LUGAR:** IPRESS EL DESCANSO
- PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 03 entregables, según el siguiente detalle:
  - 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.

#### **5. SUBCONTRATACIÓN:**





Gerencia Regional  
de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección Atención  
Integral de Salud



“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

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, 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.





Gerencia Regional  
de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección Atención  
Integral de Salud



“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

## 12. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La conformidad de la prestación del servicio será visada por el Área Usuaría, previa emisión informe técnico de la ejecución de las actividades.

## 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 .
- 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.





Gerencia Regional  
de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección Atención  
Integral de Salud



“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”


“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

## 20.- CONTROVERSIAS

En caso que los postores cumplan con los requisitos solicitados para el servicio y se declare empate en la propuesta económica, se tomará en cuenta la experiencia en el sector salud.

## 21.- MONTO TOTAL ESTIMADO PARA EL SERVICIO

s/19,404.00

  
Yanelid Friné Quispe Mamani  
Licenciada en Enfermería  
C.I. 471000

ANEXO N°01

DECLARACION JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:  
UNIDAD DE LOGISTICA  
UE 401 CANAS CANCHIS ESPINAR

Presente. -

El (la) que suscribe.....  
identificado(a) con número de DNI ....., Representante legal de la empresa  
..... con RUC N°..... activo  
y habido, con correo electrónico valido para cualquier notificación :  
.....DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- a) Que soy responsable de la veracidad de los documentos que adjunto a la presente para la contratación, siendo de mi entera responsabilidad su autenticidad, por lo que en caso de su cuestionamiento me someto a las responsabilidades civiles, administrativas y/o penales que se generen al respecto.
- b) Que cumpro con todos los extremos de los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- c) Que no percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incursó dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos. Que conozco que las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
- d) Que no tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069 "Ley General de Contrataciones Públicas".
- e) Que no cuento con inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado al amparo de lo dispuesto por el artículo 263° del TUO de la Ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- f) Que no me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- g) Que no cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- h) Que me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como de respetar el principio de legalidad.
- i) Que conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, valga decir, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- j) Que de ser seleccionado para la contratación, me comprometo a mantener mi oferta en su integridad hasta el pago correspondiente.
- k) Que me someto a las sanciones contenidas en la Ley General de Contrataciones Públicas "Ley 32069 y su Reglamento", así como el TUO de Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N°27444, cuando corresponda.
- l) Que autorizo ser notificado a mi correo electrónico señalado en la etapa de ejecución contractual (en caso resulte ganador de la buena pro), bajo mi responsabilidad.
- m) Que me comprometo a no divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de UE 401 Canas Canchis Espinar, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
- n) Que no soy propietario, socio, representante legal, gerente general y no tengo vínculo con otra empresa que cotiza por el mismo objeto de la contratación, al que me presento.





- o) Que autorizo que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados en el presente documento. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
- p) Que mi cuenta interbancaria CCI (cuenta corriente) y detracción, se encuentra activa, valida y vinculada a mi RUC, siendo esta de mi entera responsabilidad.
- q) Que consigno válidamente el número del CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) del BANCO:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

- r) Que consigno válidamente el número de DETRACCION que consta de (11 números) del BANCO:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Sicuanj;:.....

.....  
Firma y sello del Proveedor



**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 peruana"*

### 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.

Sicuaní,..... de.....del 2025.

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:

HUELLA DACTILAR

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