

N° 0544– 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE **LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA** PARA EL:

- **CENTRO DE SALUD EL DESCANSO(5).**

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 27/10/2025
- PRESENTACION DE PROPUESTAS 29/10/2025
- **NOTA: LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS SERÁ HASTA LA HORA 10:30 AM, POSTERIORES A ESA HORA YA NO SERÁN ADMITIDAS.**

NOTA:

- ESCRIBIR EN EL ASUNTO:
- EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA: **LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA(5).**
- **PARA: 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 O MAS 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 SUCUANI - CANCHIS - CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0858 - 2025

DOC. REQ. : 5336

INFORME N° 2684-2025-GRCUSCO/DRSCJUE.401/SSCCE/DAIS

FECHA

27/10/2025

RAZON SOCIAL: _____

RUC: _____

DIRECCION: _____

CORREO ELECTRONICO : _____

CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: _____

TELEFONO FIJO: _____

TELEFONO MOVIL: _____

FECHA DE COTIZACION: _____

| ITEM | DESCRIPCION DEL SERVICIO A CONTRATAR | PLAZO DE EJECUCION | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO SUB TOTAL |
|-----------------------------------|--|--------------------------|---------------|----------|-----------------|------------------|
| | CONTRATACION DE SERVICIO DE ENFERMERIA | | | | | |
| | PRECIO por Entregable | | | | | |
| 001 | SERVICIO DE ENFERMERIA.....(5) Contratación por locación de SERVICIO DE LICENCIADA (O) EN ENFERMERIA.....(5) en la IPRESS EL DESCANSO de la UE. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR | 02 entregables según TDR | SERVICIO | 1 | | |
| SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA | | | | | | |
| 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, así también 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. 30° de la LGCP 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:

Segun LEY GENERAL DE CONTRATACIONES PUBLICAS Y SU REGLAMENTO - LEY N°32069 (APROBADO POR D.S.N° 009-2025-EF)

| | | | |
|--------------------|---|--|-----------------------------|
| | CPC. Elizabeth Meza Mendoza JEFE DE ADQUISICIONES | TCO. Mirian Jessyca Ccollatupa Chuquihauya RESPONSABLE DE COTIZACIONES | |
| 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, genero 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:**

Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con equipo multidisciplinario

- Brindar la atención de Enfermería 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, nutrición y desarrollo infantil temprano de las niñas y niños menores de cinco años en cumplimiento de la norma técnica vigente para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño.

Fortalecer la atención integral de salud.



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

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

3.1 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:

PERFIL DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

| DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Brindar atención de Enfermería de forma integral, a usuarios SIS en el marco de promoción de la salud, prevención de riesgos, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud en IPRESS.• Brindar el paquete básico de atención en el marco de los Programas Presupuestales, Estrategias Sanitarias y Cursos de vida (niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor y gestante).• Producción de FUAS, HIS, referencias y/o referencias 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 Licenciada(o) en Enfermería (obligatorio)- Resolución de Termino SERUMS- Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente- Copia de DNI vigente.- Ficha RUC vigente, activo y habido.- Contar con Registro Nacional de Proveedores – Servicios 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 referente a la Carrera Profesional y normas técnicas actuales de manejo en el Primer Nivel de Atención.- Experiencia Mínima de 01 año incluido SERUMS |
| COMPETENCIAS |
| <ul style="list-style-type: none">- Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas.- Trabajo en equipo y liderazgo.- Compromiso institucional buscando la excelencia.- Manejo de programas informáticos. |




ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

| PROFESIONAL DE ENFERMERA | |
|--|-------|
| ACTIVIDADES ASIGNADAS | METAS |
| CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN MENORES DE 5 AÑOS | 5 |
| CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN MAYORES DE 5 AÑOS | 5 |
| CONTROL DE ADOLECENTE (CRED, SUPLEMETACION Y/O DOSAJE DE HEMOGLOBINA) | 2 |
| NIÑOS CON SEGUIMIENTO DE CRED | 5 |
| NIÑOS CON SEGUIMIENTO EN INMUNIZACIONES MENORES DE 5 AÑOS | 5 |
| SEGUIMIENTO DE IRAS EN NIÑOS Y ADULTOS MAYORES | 6 |
| SEGUIMIENTO DE EDAS EN TODOS LOS GRUPOS ETARIOS | 3 |
| VISITA DOMICILIARIA A ADOLECENTE | 5 |
| NIÑOS CON SEGUIMIENTO DE SUPLEMENTO DE HIERRO PREVENTIVA EN MENORES 5 AÑOS | 2 |
| RECOLECCION DE MUESTRAS PARASITOLÓGICAS MENORES DE 5 AÑOS | 5 |
| INMUNIZACION EN GESTANTES | 2 |
| INMUNIZACION EN ADOLECENTES 12 -15 AÑOS | 2 |
| INMUNIZACION EN ADULTO | 5 |
| INMUNIZACION EN ADULTO MAYOR | 2 |
| ATENCION INTEGRAL NEONATAL (ATENCION INMEDIATA DE RN, TAMIZAJE NEONATAL, CONTROL DE RECIEN NACIDO) | 1 |
| DOSAJE DE HEMOGLOBINA EN MENORES DE 11 AÑOS | 5 |
| DESPARASITACION EN NIÑOS 2- 11 AÑOS , ADOLECENTES | 5 |
| CAPTACION DE SINTOMATICO RESPIRATORIO | 3 |
| CAPTACION PARA PRUEBA DE GENEXPERT TBC | 1 |
| ATENCION Y/O TRASLADO DE EMERGENCIA | 2 |



Y Erika... Bae
 COP 21408
 DNI 40477995

| | |
|--|----|
| APLICACIÓN DE INYECTABLE | 5 |
| APLICACIÓN DE ENDOVENOSO | 3 |
| MANTENIMIENTO DE REFRIGERADORAS | 1 |
| MONITOREO DATA LOGER Y REGISTRO DE HOJAS DE TEMPERATURA | 5 |
| PREPARACION DE TERNOS PORTA VACUNAS | 5 |
| CONSEJERIA EN PAUTAS DE CRIANZA EN MENORES DE 5 AÑOS | 10 |
| SESIONES EDUCATIVAS EN FAMILIAS EN ALIMENTACION SALUDABLE | 5 |
| SESIONES EDUCATIVAS EN INSTITUCIONES (I.E, MUNICIPIO Y PROGRAMAS SOCIALES) | 1 |
| CUMPLIR CON FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO | 1 |
| ATENCION EN HOSPITALIZACION (CFV, ADM TTO) | 1 |
| REGISTRO AL SISTEMA SIHCE (ATENCIONES) | 10 |
| ACTUALIZACION DE CARPETA DE SECTORISTA | 1 |
| NOTIFICACION DEL VEA SEMANAL OPORTUNO | 1 |
| TELEMONITOREOS POR MEDIO DE LA PLATAFORMA TELEATIENDO | 8 |
| VISITAS DOMICILIARIAS PACIENTES CON DISCAPACIDAD | 3 |
| PRUEBA DE PPD | 2 |


 Y Erika [Signature]

 DNI 40477895



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:

- 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.

4. RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS ENTREGABLES)

Como productos entregables, el proveedor deberá presentar informes en cada entregable, describiendo las actividades efectuadas de acuerdo a lo descrito en el numeral 3.1 del presente Término de Referencia.

4.2 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- LUGAR:** IPRESS EL DESCANSO
- PLAZO** El proveedor del servicio se obliga a prestar las actividades descritas en el presente término de referencia por un periodo de 02 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.





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”

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, 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





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”

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

11. MARCO LEGAL DEL CONTRATO

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

12. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La conformidad de la prestación del servicio será realizada por el área usuaria (coordinador del programa presupuestal orientado a resultados de desarrollo infantil temprano).

13. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación el pago se realizará por entregables 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:

- Carta en el que detalle las actividades realizadas con visto bueno del jefe de Establecimiento de Salud y Jefatura de Micro red.
- Conformidad de la prestación por el área usuaria.
- Recibo por Honorarios (comprobante de pago).

14. FORMULA DE REAJUSTE

No aplica

15. ADELANTOS

No aplica

16. DECLARATORIA DE VIABILIDAD

No aplica

17. PENALIDADES

De acuerdo al art.120 del reglamento de la Ley 32069 Ley General de contrataciones públicas, la entidad aplicara la penalidad correspondiente por cada día de retraso.

18. OTRAS CONDICIONES ADICIONALES

- El proveedor de servicio 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 tomara en cuenta la experiencia en el sector salud.

21.- MONTO TOTAL ESTIMADO PARA EL SERVICIO

S/. 12,936.

Gobierno Regional del Cusco
Gerencia Regional de Salud - Cusco
U.E. 401 Salud Canas

Yanelid F. Quispe Mamani
C.E.P. 47565
COORDINADORA DE PPORDIT

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 cumplo 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 incurso 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 |

Sicuaní;.....

.....
Firma y sello del Proveedor



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

UNIDAD DE
LOGÍSTICA



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