

COMUNICADO N° 0381– 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA AMPLIACION DEL COMUNICADO 380 DE LOCACION DE SERVICIOS DE UN **PROFESIONAL TECNICO EN LABORATORIO ...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 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 | 18/07/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 21/07/2025 |



NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA:
PROFESIONAL TECNICO EN LABORATORIO

**PARA: LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS
ESPINAR - 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.





UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

RUC : 20527179221

DIRECCION : CALLE PAMPAGUCHO N° 127 SUCUANI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: **0423-2025**

DOC. REQ. : **1796**

INFORME N° 090-2025 G.R.CUSCO/D.R.SCUA E.401/R.S.SCOE/D.AIS
INFORME N° 045-2025 G.R.CUSCO/G.R.SCUA E.401/R.S.SCOE/D.AIS-LAB

FECHA **2/06/2025**

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					
	Precio por Entregable					
001	SERVICIO ESPECIALIZADO EN TECNICO EN LABORATORIO (1) CONTRATACION DE PERSONA NATURAL CONTAR CON TITULO DE TECNICO EN LABORATORIO PARA IPRES EL DESCANSO Y COMUNIDADES.(1)	5 entregables según TDR	SERVICIO	1		
SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA						
PRECIO TOTAL OFERTA S/.						

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 .
- Menores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°32069)

JEFATURA LOGISTICA	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

Dirección de
Atención
Integral de
Salud



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

TÉRMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DE PERSONA NATURAL TECNICO EN LABORATORIO CLINICO POR LOCACION PARA EL LABORATORIO DE LA IPRESS EL DESCANSO

1. Nombre del Servicio Requerido

Contratación de personal Técnico en Laboratorio por modalidad de Locación de Servicios

2. Finalidad

Contribuir con la atención integral a favor de la población para el logro de los objetivos, metas e indicadores programados en el plan de trabajo anual.

3. Objetivo de la Contratación

Contratar a una persona natural que preste servicios como técnico en laboratorio clínico, con el fin de disminuir las brechas de cumplimiento de actividades, en el ámbito de la IPRESS EL DESCANSO y la Red de Salud Canas Canchis Espinar.

Objetivos Específicos

- Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con equipo multidisciplinario
- Provisión de una atención orientada hacia a actividades de apoyo al diagnóstico en el contexto de persona, familia y comunidad en el marco del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.
- Fortalecer la atención integral de salud en el componente de laboratorio clínico, para el apoyo al diagnóstico.

4. Actividades a Realizar por cada entregable

- Toma de muestras para tamizaje laboratorial de pacientes
- Extendido de muestras.
- Cumplir con la Disposición de Desechos Biológicos
- Llenado de HIS, FUAS, Acreditación del Asegurado
- Llenado del Registro Diario
- Llenado de cuaderno por área de trabajo
- Entrega de Resultados oportunamente
- Limpieza y Desinfección del área de Trabajo
- Preparación de material, lavado y esterilización de materiales e insumos.
- Garantizar los insumos y materiales de trabajo en el área de laboratorio.
- Traslado de muestras al laboratorio Referencial.
- Informes de Procedimiento Realizados.
- Verificación de Reactivos e insumos de trabajo.
- Orientación a los pacientes sobre entrega de resultados
- Uso responsable de los equipos biomédicos
- Descarga de Recetas del consumo de insumos diario
- Cumplir con las actividades extramurales, sesiones educativas y demostrativas programadas





Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

Dirección de Atención Integral de Salud



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

- Cumplir con funciones asignadas por el jefe inmediato superior
- Custodiar los bienes patrimoniales asignados.

5. Perfil Mínimo Requerido

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia (acreditada con contratos, certificados o constancias de trabajo)	Experiencia mínima de 01 año. Cursos de capacitación.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> • Persona de buen trato, amable. • Buenas relaciones interpersonales. • Facilidad para interactuar en grupos. • Persona dinámica y entusiasta. • Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.
Formación Académica, Grado Académico y/o Nivel de estudios y otros requisitos	Contar con título TECNICO DE LABORATORIO o bachiller Biólogo/ Tecnólogo medico (obligatorio) COPIA DE DNI RUC ACTIVO Y HABIDO Contar con RNP No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata

6. PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- a) Según programación horaria – turnos programados del CS. EL DESCANSO.
- b) Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- c) Registro obligatorio de atenciones, HIS, procedimientos, interconsultas y otros en la Historia Clínica y otros documentos pertinentes.
- d) Registro Obligatorio de los FUAs y de existir correcciones, el levantamiento de observaciones deberá hacerse antes del egreso del paciente.
- e) Cumplimiento y observancia estricta de las medidas de bioseguridad y prevención de todo evento adverso durante los procesos de atención a los pacientes.

7. RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR EL PROVEEDOR.

El proveedor acudirá con su indumentaria (personal) según su profesión.

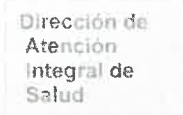
8. RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR LA ENTIDAD:

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.

9. NORMAS TÉCNICAS:

En la prestación del servicio, el proveedor deberá tener en consideración las Normas Técnicas, Guías y protocolos vigentes del Ministerio de Salud





"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"
 "AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

(MINSA), y otras aplicables para los fines de la presente contratación, según corresponda.

10. 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 V del presente Termino de Referencia., conforme a la siguiente:

Actividad	Producto por Entregable	Cantidad de Entregables	Fuente de Verificación
<ul style="list-style-type: none"> Toma y procesamiento de muestras biológicas. Exámenes de muestras biológicas de apoyo al diagnóstico Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil en el marco de sus competencias Actividades extramurales a requerimiento del jefe del servicio y/o de la microred 	150	05	HIS / HCI



11. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

LUGAR: IPRESS Descanso y comunidades.

PLAZO: El servicio se ejecutara en un plazo de 150 días calendarios, computado a partir del día siguiente de la firma del contrato, la atención en el laboratorio clínico por el profesional biólogo está en el marco del cumplimiento del Artículo 10° del Decreto Supremo N° 0019-83-PCM, que Reglamenta la Ley 23536 de trabajo y carrera de los profesionales de la salud.

- **Primer Entregable:** Hasta 30 días calendarios el cual empieza a regir al día siguiente de la suscripción del contrato: Informe del número de actividades realizadas según lo programado.
- **Segundo Entregable:** Hasta 60 días calendarios el cual empieza a regir al día siguiente de la suscripción del contrato: Informe del número de actividades realizadas según lo programado.
- **Tercer Entregable:** Hasta 90 días calendarios el cual empieza a regir al día siguiente de la suscripción del contrato: Informe del número de actividades realizadas según lo programado.
- **Cuarto Entregable:** Hasta 120 días calendarios el cual empieza a regir al día siguiente de la suscripción del contrato: Informe del número de actividades realizadas según lo programado.
- **Quinto Entregable:** Hasta 150 días calendarios el cual empieza a regir al día siguiente de la suscripción del contrato: Informe del número de actividades realizadas según lo programado.



Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

Dirección de
Atención
Integral de
Salud



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

12. SUBCONTRATACIÓN:

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

13. 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 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.

14. 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).

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. MARCO LEGAL DEL CONTRATO





Gobierno
Regional
de Cusco

Departamento
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

Dirección de
Atención
Integral de
Salud



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

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.

19. 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.

20. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

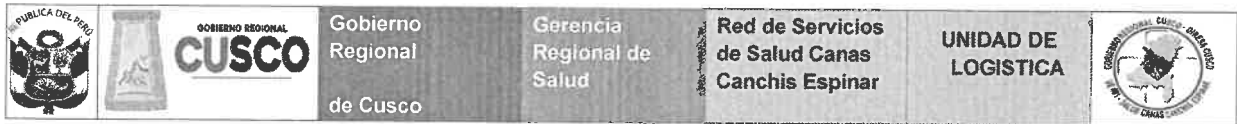
La conformidad de la prestación del servicio será visada por el Área Usuaria, previa emisión del informe técnico de la ejecución de las actividades mencionadas en el numeral 4, realizadas durante el periodo comprendido a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio.

21. 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.
- Recibo por Honorarios (comprobante de pago).

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
[Firma]
Blgo. *[Firma]* Valdez Castillo
C B P N° 8479



"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 cumpla con lo solicitado por vuestra institución, en los términos de referencia / especificaciones técnicas adjuntos a la solicitud de cotización.
2. No tener impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en todos los numerales del Artículo 11 de la Ley N° 30225, Reglamento y Modificaciones.
3. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación; asimismo, declaro que cumpla con las condiciones y términos de referencia solicitados.
4. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
5. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en el Texto Único Ordenado de la ley N°27444- Ley del procedimiento administrativo General Código Civil, entre otras que correspondan.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información que pueda acceder en cumplimiento de la prestación del bien o servicio contratado.
7. No tener dentro de la entidad parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segunda afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

Autorizo que se me Notifiquen al Correo Electrónico Indicado las siguientes actuaciones:

- a) Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
- b) Notificación de la orden de compra y/o servicio.
- c) Notificación de observaciones, aplicación de penalidades, resolución de orden de compra/contrato o cualquier otra comunicación con la entidad.

Así mismo, manifiesto ser responsable de la veracidad de la información presentada, sujeto a fiscalizaciones posteriores y acciones legales y penales en caso se verifique su falsedad.

Ciudad..... de de 2025.

.....
Firma y Sello del Proveedor, o de su Representante Legal



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

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"

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.



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

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 Nº 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