

## COMUNICADO N° 0528- 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 OBSTETRA PARA EL:

- **CENTRO DE SALUD EL DESCANSO.....(4)**

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 14/10/2025
- PRESENTACION DE PROPUESTAS 16/10/2025
- **NOTA: LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS SERÁ HASTA LA HORA 15:00 PM, POSTERIORES A ESA HORA YA NO SERÁN ADMITIDAS.**

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS UN  
**PROFESIONAL OBSTETRA.....(4)**

**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 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 SICUANI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

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

**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: **0795-2025**

DOC.REQ. : **4915**

INFORME N° 2362-2025 G R CUSCO/D/RSCAU E 401/RSSCCE/DA/S  
INFORME N° 384-2025 G R CUSCO/GRSCAU E 401/SCCE/DA/ISSR

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 OBSTETRICIA</b>					
	<b>Precio por Entregable</b>					
001	CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIO DE PROFESIONAL OBSTETRA .....(4) LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO: PARA CENTRO DE SALUD EL DESCANSO .....(4) SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA	03 entregables según TDR	SERVICIO	1		

**PRECIO TOTAL OFERTA S/.**

**CONDICIONES DE VENTA:**

1. Plazo de Entrega: ..... Dias calendarios.
2. Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: ..... Dias calendarios.
3. Garantia comercial del bien o del servicio:.....meses desde la prestacion del bien o servicio

**Importante:** Todos los precios unitarios ofertados deben incluir IGV y otros costos; asi tambien se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones.

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

**PENALIDADES:**

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

	<p>Lic. Ramiro Plaza Vargas RESPONSABLE DE ADQUISICIONES</p>	<p>GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR</p> <p><b>Jefe de l- .</b></p>	
<b>V°B° JEFE LOGISTICA</b>	<b>RESPONSABLE DE ADQUISICIONES</b>	<b>FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR</b>	<b>FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR</b>

## TERMINO DE REFERENCIA

### CONTRATACIÓN DE PROFESIONAL OBSTETRA POR LOCACIÓN DE SERVICIOS EN LA IPRESS EL DESCANSO

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

Dirección de Atención Integral de Salud – Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

#### 2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros de un Profesional OBSTETRA, para la Atención de Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal 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 OBSTETRA, para contribuir a mejorar la salud materna a través de la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para la gestante como para su bebe y su entorno familiar.

##### - **Finalidad Pública:**

- Contribuir a reducir la morbimortalidad materna y perinatal, mejorando la calidad de atención de la gestante y el recién nacido a través de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.
- Contribuir a mejorar los procesos de calidad de atención de la gestante incorporando la participación activa de la pareja familia y comunidad.
- Contribuir a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor.
- Contribuir a la disminución de complicaciones prenatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.

#### 3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

##### 3.1 **ACTIVIDADES:**

El locador de servicios, profesional Obstetra, realizara las actividades que se detallan a continuación:

- a) Planificar y ejecutar las sesiones grupales e individuales de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, según edad gestacional y con adecuación intercultural:

##### **Psicoprofilaxis:**

Sesión 1: Cambios durante el embarazo y signos de alarma

Sesión 2: Atención prenatal y autocuidado

Sesión 3: Fisiología del parto

Sesión 4: Atención del parto y contacto precoz

Sesión 5: Puerperio y recién nacido

Sesión 6: Reconocimiento de los ambientes

##### **Estimulación prenatal:**

Sesión 1: Conociendo a mi bebé



- Sesión 2: Vínculo prenatal  
Sesión 3: Desarrollo cerebral fetal  
Sesión 4: Comunicación afectiva prenatal  
Sesión 5: Música y embarazo con adecuación Intercultural  
Sesión 6: Vinculación post parto
- b) Captación e Inscripción de gestantes de acuerdo a las semanas de gestación para las 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y 6 sesiones de estimulación prenatal.
  - c) Adecuar los espacios con los que cuenta de acuerdo a la infraestructura, asegurando la comodidad y privacidad a las usuarias y sus familiares en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.
  - d) Realizar sesiones de actualización y capacitación a profesionales de obstetricia en psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.
  - e) Entrega de tarjeta de asistencia de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal consignando las citas de acuerdo a las semanas de gestación y horario establecido.
  - f) Brindar un mínimo de tres sesiones a las gestantes que acuden en el último trimestre.
  - g) Seguimiento de usuarias.
  - h) Evaluación de las actividades diarias.
  - i) Aplicación de encuestas de satisfacción al usuario.
  - j) Elaboración y diseño de materiales educativos.
  - k) Organización de actividades intra y extramurales.
  - l) Brindar Psicoprofilaxis de emergencia a las Gestantes durante el periodo de parto.
  - m) Realiza teleinterconsultas.
  - n) Actividades extramurales a solicitud del jefe del servicio y/o de la Microred.
  - o) Registrar las sesiones diarias de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal en la historia clínica virtual SIHCE – Modulo Wawared, Formatos Únicos de Atención (FUA) y otros relacionados con la atención.
  - p) Participar en campañas y actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
  - q) Otras actividades inherentes relacionadas con el objeto de la contratación.
  - r) Otras funciones que le asigne su jefe Inmediato Superior.

### 3.2 PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- Según programación SIHCE del servicio de Obstetricia – turnos programados de la IPRESS EL DESCANSO.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- Registro obligatorio de atenciones, procedimientos, interconsultas y otros en la Historia Clínica virtual SIHCE – Modulo Wawared, referencia y contrareferencia a través del aplicativo REFCON 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 y normativa vigente.

**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 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:**

**PERFIL DEL PROFESIONAL OBSTETRA**

<b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal a gestantes de la IPRESS El Descanso durante la gestación, parto, post parto y lactancia.</li> <li>• Producción en la Historia Clínica virtual SIHCE – Modulo Wawared, FUAS, Referencias y Contrareferencias en aplicativo REFCON, Teleinterconsultas 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 Obstetra (obligatorio).</li> <li>- Resolución de Termino SERUMS.</li> <li>- Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente.</li> <li>- Copia de DNI Electrónico.</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>- Título y/o constancias de Cursos de Especialización en Psicoprofilaxis Obsbsterica y Estimulación Prenatal.</li> <li>- Experiencia Mínima de 01 año (incluido el 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>



#### 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:

- Realizar 50 atenciones (evidenciadas en reporte SIHCE – Modulo Wawared y FUAs de servicios tanto intramural como extramural) mínimo por entregable, las cuales serán coordinadas con el establecimiento de salud, según protocolos, normas y guía de prácticas clínicas MINSA.
  - o Padrón Nominal de usuarias inscritas a las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal.
  - o Informe documentado del desarrollo de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal con evidencias fotográficas y cronograma de actividades.
  - o Producción de FUAS, referencias y/o contrarreferencias, Historia Clínica virtual SIHCE – Modulo Wawared y otros.

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

- a. **LUGAR:** IPRESS EL DESCANSO
- b. **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:

SERVICIO	TIEMPO
Primer Entregable	Hasta los 25 días a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Segundo Entregable	Hasta los 50 días a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Tercer Entregable	Hasta los 75 días a partir del día siguiente de la suscripción del contrato

- c. El profesional se obliga a prestar las actividades descritas en el presente Término de Referencia.
- d. Atención en el marco del cumplimiento que Reglamenta Ley de trabajo y carrera de profesionales de la Salud DECRETO SUPREMO N°0019-83-PCM. CONCORDANCIAS.

#### 5. SUBCONTRATACIÓN:

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

**c) 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 los títulos de Especialización en Psicoprofilaxis, Estimulación Prenatal; Emergencias Obstétricas y Monitoreo Electrónico Fetal, además de la experiencia laboral en el Sector de Salud.

**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 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 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 hasta los VEINTE CINCO (25) días calendarios de ejecución del servicio.

## 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 y Coordinador de la ESSSR.
- Recibo por Honorarios (comprobante de pago).

## 14. 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.

## 15. 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

## 16. 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.

## 17. MONTO TOTAL ESTIMADO PARA EL SERVICIO

S/18,900.00

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

OBS. GREYSI CARLOS ESTRADA  
RESPONSABLE E S S R  
COP. 27768

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 válido 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

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 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