

## COMUNICADO N° 0318– 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 LIC. NUTRICION ...PARA:

- **EL CENTRO DE SALUD TECHO OBRERO..... ()**

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](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 | 09/06/2025      |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 10 Y 11/06/2025 |



**NOTA:**

**ESCRIBIR EN EL ASUNTO:**

**EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA: LIC NUTRICION .**

**PARA: EL CENTRO DE SALUD DE TECHO OBRERO.**

**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 PAMPACUCHO N° 127 SUCUNI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

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

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0471-2025

DOC. REQ. : 1911

INFORME N° 059-2025 G R CUSCO/REGSAU E 401/SOCIEDADS  
INFORME N° 060-2025 G R CUSCO/DRESAU E 401/SOCIEDADS/DIT-ESANS

FECHA 9/06/2025

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	Precio por Entregable	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
001	SERVICIO ESPECIALIZADO EN NUTRICION ( ) CONTRATACION DE LOCACION DE SERVICIO DE UN PROFESIONAL LIC. NUTRICION HUMANA PARA EL CENTRO DE SALUD TECHO OBRERO .( )		02 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 borrones.

DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA LA ADMISION DE ESTA, CASO CONTRARIO NO SERA ADMITIDA:

- Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11° de la LCE N° 32069). Adjunto a la presente.
- Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.
- Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

PENALIDADES:

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



GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTIVA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

*[Signature]*  
GERENTE JIMENEZ OLIVERA  
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTIVA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

*[Signature]*  
CPC. Waldir Sarmiento  
RESPONSABLE DE LA COTIZACION

V°B°..JEFE LOGISTIC

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NUTRICION EN EL CENTRO DE SALUD TECHO OBRERO**

**1. Área Usuaria solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece**

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal Desarrollo Infantil temprano - ESANS.  
Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

**2. Denominación de la contratación:** *Locación de Servicios*

Contratación de Servicios por ~~Ente~~ para la Atención especializada en Nutrición en el Centro de Salud Techo Obrero

**- Objetivo de la Contratación:**

Contrato de (01) Lic. Nutrición Humana para que realice las atenciones especializadas en nutrición en el Centro de Salud Techo Obrero

**- Finalidad Pública:**

Es la atención en el Centro de Salud Techo Obrero, a través la consulta nutricional, consejería nutricional se evalúa el manejo de suplementación por curso de vida para prevenir la anemia en niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, mujeres gestantes; según lo establece la NT 213-MINSA 2024 Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro, lo cual es de vital importancia poder realizar la atención oportuna por el profesional Nutricionista, en cumplimiento de la normativa vigente.

**3. Términos de Referencia:**

**Actividades del Lic. Nutrición Humana (por entregable):  
INTRAMURAL Y EXTRAMURAL**

- 70 consejerías nutricionales
- 70 atención en nutrición
- 02 sesiones educativas y demostrativas de preparación de alimentos
- 25 visitas domiciliarias
- 01 feria de salud
- 01 informe mensual



**4. Perfiles requeridos para la contratación:**

**- Lic. Nutrición Humana:**

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional Lic. Nutrición Humana	Conocimiento en la NT 213-2024 manejo de anemia, Dosaje de hemoglobina, según guía técnica RM 363-2022, Guías alimentarias menores de 2 años RM 967-2020.
Resolución de termino de SERUMS	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	De preferencia con conocimiento Básico de quechua.
Experiencia Profesional mínima 1 año (incluido Serums)	Disponibilidad inmediata
	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo

**5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**

- Ficha RUC vigente
- Ficha Registro Nacional de Proveedores

**6. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:**

**a. LUGAR:** Centro de Salud Techo Obrero

**b. PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 02 entregables, según el siguiente detalle:

- Primer entregable hasta los 30 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

- Segundo entregable hasta los 60 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

**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.

**8. FORMA DE PAGO:**

Para la presente contratación el pago se realizará en pagos por cada entregable después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar los entregables de manera mensual detallando las actividades desarrolladas, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del jefe de servicio de Nutrición y jefe del Centro de Salud Techo Obrero, dicho informe deberá ser remitido por la Microred Techo Obrero y presentado por mesa de partes de la Red Canas Canchis Espinar.

**9. COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:**

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal DIT-ESANS. Se supervisará de forma inopinada al profesional en mención para el cumplimiento de las actividades antes desarrolladas. El área que se encargará de dar la conformidad del servicio será la Dirección de Atención Integral de Salud – Coordinación de la Estrategia sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Previa presentación del informe de actividades del locador.





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 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

**“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 Nº .....

REPRESENTANTE LEGAL DE.....(solo en caso de persona jurídica)

CON RUC Nº ..... DIRECCIÓN.....

TELÉFONO Nº ..... 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 Nº 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 Nº27444-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.