

## COMUNICADO N° 0035 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA AMPLIACIÓN DE LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIO DE SERVICIO DE ENFERMERIA PARA EL:

- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD PALLPATA**

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 | 06/03/2025 |
| PRESENTACION DE PROPUESTAS       | 07/03/2025 |



**UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR**

RUC : 20527179221

DIRECCION : AV. PACHACUTEC (VIA EVIT. PANAMERICANA SUR - BR. JANACPAMPA-CHUMO- SICUANI - CANCHIS - CUSCO)

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : [logistica@redsaludcce.gop.pe](mailto:logistica@redsaludcce.gop.pe)**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0038 - 2025

DOC. REQ. : 402  
INFORME.Nº-0020-2025-G.R.CUSCO/GDRSCU.E.401/SCCE/DAIS/DIT

FECHA 6/03/2025

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</b>					
	Precio por Entregable					
001	<b>SERVICIO DE ENFERMERIA</b> Contratacion del servicio por locacion de servicio de enfermeria en la IPRESS <i>palipata</i> .	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 borrones.**DUCUMENTOS 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. 11º de la LCE N° 30225),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°30225, Regl.D.S.N°350)

VºBº JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR <b>Geanfranco Gomez Quispe</b> RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS, CANCHIS CUSCO <b>Waldir Soto Hichillumapa</b> RESPONSABLE DE COTIZACIONES	



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”

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA EN LA IPRESS PALLPATA**

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

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal desarrollo Infantil Temprano. Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

**2. Denominación de la contratación:**

Contratación de Servicios por Terceros, para las atenciones de Enfermería en la IPRESS PALLPATA.

**- Objetivo de la Contratación:**

Contrato de (01) Licenciada en Enfermería para que realice el servicios de atenciones de Enfermería en la IPRESS PALLPATA.

**- Finalidad Pública:**

Es la atención en la IPRESS PALLPATA, 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 a los niños afiliados al Seguro Integral de Salud.

**3. Actividades a realizar :**

Actividades del Licenciado(a) en Enfermería (por entregable):

**ACTIVIDAD INTRAMURAL**

70 FUAs Formato Único de Atención desarrolladas a usuarios del Seguro Integral de Salud en actividades atención integral en el curso de vida niño ( paquete de atención integral control de crecimiento y desarrollo inmunizaciones, dosaje de hemoglobina, descarte de parasitosis, evaluación visual, tamizaje VIF y otros) consideradas en el modelo de cuidado de atención integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad.

01 informe de seguimiento y monitoreo a niños del padrón nominal afiliados al SIS.  
01 entrega de informe.

**ACTIVIDAD EXTRAMURAL**

30 FUAs en Actividades Extramurales en actividades de atención integral en el curso de vida niño ( incluyen seguimiento a niños con IRAS, EDAS, profilaxis antiparasitarias, vacunación a niños que no acuden en forma oportuna, suplementación, seguimiento a la adherencia al tratamiento de anemia, entre otros)

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

**- Licenciada en Enfermería:**

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de Licenciada en Enfermería	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Resolución de Término de SERUMS	
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	De preferencia con conocimiento Básico de quechua
Disponibilidad inmediata	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
	Conocimiento de la normativa vigente en el paquete de atención integral del niño.





**"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 cumplo 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 cumplo 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 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



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.