

## **COMUNICADO N° 0043 – 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 TERAPIA OCUPACIONAL** PARA EL:

- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPINAR**

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	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: 0028 - 2025

DOC. REQ. : 379

INFORME.N°-0030-2025-G.R.CUSCO/GDRSCU/E.401/SCCE/DAIS/PPC/PSM

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>					
	<b>SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA</b>					
001	<b>SERVSERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL</b> Contratacion del servicio de terapia ocupacional por locacion de servicios para el mental comunitario musu kawsay de espinar	03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
<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. 11° 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)

V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
	  Granfranco Gomez Quispe RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	  PC. Waldir Soto Hichimpa RESPONSABLE DE COTIZACIONES	

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR**

**1. Área Usuaría solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece**  
 Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental. Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

**2. Denominación de la contratación:**  
 Contratación de Servicio de Terapia Ocupacional por Locación de Servicios para el Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- **Objetivo de la Contratación:**  
 Contrato de (01) Psicólogo o licenciada en enfermería o medico tecnólogo con especialidad y/o conocimiento en terapia ocupacional, para que realice el Servicio de terapia ocupacional para el Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- **Finalidad Pública:**  
 La terapia ocupacional (TO) es una modalidad de rehabilitación que ayuda a las personas a mejorar su capacidad para realizar actividades cotidianas. Se enfoca en los desafíos físicos, cognitivos y emocionales que pueden surgir por una enfermedad o discapacidad. En vista de que mencionada terapia ayuda a mejorar la coordinación motora fina, Aumentar la independencia funcional, Prevenir la incapacidad, Mejorar la calidad de vida. A través del uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad, la cual puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida de los usuarios que acuden al mental comunitario Musuq Kawsay de espinar.

**3. Términos de Referencia:**

**a. Actividades del Psicólogo o licenciado en enfermería o medico tecnólogo con especialidad y/o conocimiento en terapia ocupacional:**

- 125 atenciones a usuarios (rehabilitación terapéutica mental en la ocupación, la terapéutica motriz o analítica, o la terapéutica funcional de la habilidad. A través de la evaluación, prevención, asistencia social, tratamiento y reinserción del enfermo, incapacitado o marginado).
- 10 talleres de dibujo y pintura
- 10 talleres de capacitación y coordinación con instituciones públicas y privadas
- 10 talleres de actividad deportiva
- 15 visitas domiciliarias
- Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.

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

- **Psicólogo, licenciado en enfermería o medico tecnólogo:**

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de psicólogo o licenciado en enfermería o medico tecnólogo	Conocimiento en el manejo con pacientes con problemas mentales, problemas físicos para poder mejorar su calidad de vida a través de terapia que ayuden a mejorar su independencia funcional.
Especialidad en terapia ocupacional o conocimiento en el manejo de terapia ocupacional acreditado con cursos, diplomados, etc	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Resolución de termino de SERUMS	Disponibilidad inmediata
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
Experiencia Profesional mínima 1 año (incluido serums)	Manejo adecuado de registro HIS y SIS

RAIMUNDO ALVARO DE SOTILLO  
 DIRECTOR GENERAL  
 R.P.D. DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR  
  
 P. Paul Enrique Alencost  
 C.P.S. R. 11844



**c. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**

- RUC activo y habido
- Registro Nacional de Proveedores.
- DNI vigente

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

- **LUGAR:** Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.
- **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 03 entregables.
  - 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.
  - Tercer entregable hasta los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

**e. 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.

**f. FORMA DE PAGO:**

Para la presente contratación el pago se realizará después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria; teniendo en cuenta el pago se realizara luego de otorgada la conformidad de todas las actividades desarrolladas por el profesional en el Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar, para ello el locador tendrá que presentar el informe del entregable detallando las actividades desarrolladas, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del jefe del Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

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

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal de control y prevención en salud mental. 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 del Programa Presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental. Previa presentación del informe de actividades del locador.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD  
CANAS CANCHIS ESPINAR  
P. Paul *[Firma]* Alencaster  
S. P. 11111111



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

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 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.

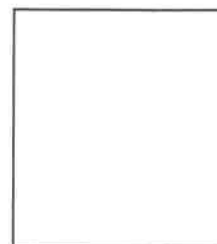
Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

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  
LOGÍSTICA



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.