

## COMUNICADO N° 0045 – 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 PITUMARCA**

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: 0026 - 2025

DOC. REQ. : 422

INFORME N° 008-2025-

G.R.CUSCO/GDRSC/U.E.401/SCE/DAI/DE/ESPECTB

FECHA

6/03/2025

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

RUC: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO MOVIL: \_\_\_\_\_

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 DE ENFERMERIA CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD PITUMARCA 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. Garantía 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; así tambien se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones.

## DOCUMENTOS 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 &gt; 1 UIT (Art. 11° de la LCE N° 30225), 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 &gt; 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°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  
*Geófranco Gomez Quispe*  
Geófranco Gomez Quispe  
RESPONSABLE DE ADQUISICIONESGOBIERNO REGIONAL DE CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO  
U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR  
*Almir S. Hillumpa*  
CPC Almir S. Hillumpa  
RESPONSABLE DE COTIZACIONES

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR  
LOCACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD  
PITUMARCA**

**1. Área Usuaria solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece**  
 Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal TB-VIH/SIDA-  
 U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

**2. Denominación de la contratación:**  
 Contratación de Servicios por Terceros, para las atenciones de Enfermería en el  
 Centro de Salud Pitumarca.

- **Objetivo de la Contratación:**  
 Contrato de (01) Licenciada en Enfermería para que realice el servicio de  
 atenciones de Enfermería en el Centro de Salud Pitumarca.

- **Finalidad Pública:**  
 Es la atención en el Centro de Salud Pitumarca, que busca que a través de las  
 atenciones, evaluación, monitoreo y seguimiento de las personas afectadas por  
 tuberculosis (PAT). priorizando la búsqueda activa del sintomático respiratorio en  
 las comunidades en riesgo. Todo esto en cumplimiento de la reforma de la Ley de  
 Enfermería Ley Nro. 27669.

**3. Términos de Referencia:**  
 Actividades del Licenciado(a) en Enfermería (por entregable):

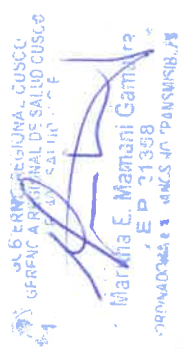
- Realizar 110 atenciones por entregable las cuales serán coordinadas y proporcionadas por el Establecimiento de Salud del primer nivel, considerando dentro de las mencionadas actividades por turno (atenciones de captación de sintomáticos respiratorios, búsqueda de TB presuntiva, seguimiento diagnóstico, censo de contactos, atención de terapia preventiva y fortalecimiento de la visita domiciliaria a casos y contactos de la estrategia y PROMSA logrando sensibilizar a autoridades del gobierno local y/o comunal).
- Participar de las sesiones demostrativas con los equipos de atención primaria
- Reuniones clínicas mensuales para análisis de caso o fortalecimiento de competencias con los profesionales del Centro de Salud de Pitumarca (presencial o virtual).

**4. Perfiles requeridos para la contratación:**  
 - **Licenciada en Enfermería:**

<b>PERFIL OBLIGATORIO</b>	<b>PERFIL COMPLEMENTARIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Título profesional de Licenciada en Enfermería.</li> <li>➤ Constancia de habilitación profesional vigente.</li> <li>➤ Resolución de Termino SERUMS</li> <li>➤ Copia de DNI.</li> <li>➤ No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil.</li> <li>➤ Disponibilidad inmediata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).</li> <li>✦ Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo.</li> <li>✦ Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas.</li> <li>✦ De preferencia con conocimiento Básico de quechua.</li> </ul>

**5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**

- RUC vigente, activo y habido.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores – Servicios (RNP-OSCE) activo y


 GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 MARIANA E. MAMANI GAMARRA  
 E.P. 21358  
 OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y MONITOREO

vigente a la fecha de convocatoria.

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

a. **LUGAR:** Centro de Salud Pitumarca

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:

- 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.

**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 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 detallando las actividades desarrolladas, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del Jefe del Centro de Salud Pitumarca.

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

La coordinación se realizará con el responsable del Programa Presupuestal TB-VIH/SIDA. 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 TB-VIH/SIDA, previa presentación del informe de actividades del locador.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
MARTINA E. MAMANI GAMARRA  
E.P. 21358  
COORDINADORA GENERAL DE TRANSMISIBILIDAD



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 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.