

COMUNICADO N° 0049 – 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 YAURI**

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, 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. JANACAMPA-CHUMO- SICUANI - CANCHIS - CUSCO

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcco.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0022 - 2025

DOC.REQ.: 424

INFORME.Nº-0025-2025-G.RCUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/DAIS/ESI

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 Contratación de servicio por locacion de servicios en el centro de salud yauri del ambito de la unidad ejecutora 401 salud canas canchis espinar.	03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
	SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA					

PRECIO TOTAL OFERTA S/ .

CONDICIONES DE VENTA:

1. Plazo de Entrega: Días calendarios.

2. Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: Días 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 > 1 UIT (Art. 11º de la LCE Nº 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 > 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 Nº30225,Regl.D.S.Nº350)

	GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR Geanfranco Gomez Quispe RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS CUSCO CPC Waldemar Hichillumpa RESPONSABLE DE COTIZACIONES	
VºBº 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 DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD YAURI

1. Área Usuaria solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal desarrollo Infantil Temprano - Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. Denominación de la contratación:

Contratación de Servicios por Terceros, para las atenciones de Enfermería en la IPRESS Yauri. para desarrollar las actividades y garantizar las atenciones a los afiliados en el SIS en la IPRESS Yauri del ámbito de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

- Objetivo de la Contratación:

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

- Finalidad Pública:

Para mejorar la cobertura de vacunación en el Niño y niña menores de cinco años y en población susceptible, mayores de cinco años, MER, Gestantes y Adultos mayores en Riesgo en dicho IPRESS de Yauri, afiliados en el SIS

3. ACTIVIDAD INTRAMURAL y EXTRAMURAL EN ENFERMERIA (POR ENTREGABLE)

- Cumplir con la vacunación segura
- Vacunación casa por casa, en micro concentración como: estadios, plazas, mercados, parques, iglesias o II.EE. entre otros.
- Contar con la programación, cronograma, croquis y ruta de desplazamiento de las zonas o II.EE a intervenir por día.
- Ampliación de los horarios de atención de los servicios de vacunación en los IPRESS de acuerdo a la demanda de usuarios.
- Garantizar el adecuado manejo de cadena de frio (termos, data logger)
- Garantizar la disponibilidad de insumos (carnet de vacunación, registros, formatos y otros)
- Realizar la orientación y consejería sobre los beneficios, reacciones adversas y cuidados después de la vacunación.
- Realizar el control de calidad a los registros de vacunación.
- Otros que se asigne.

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).
Termino de SERUMS	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	
Disponibilidad inmediata	De preferencia con conocimiento Básico de quechua.



5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- RUC Activo/habido
- Registro Nacional de Proveedores

6. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:

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

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 YAURI.

9. COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO- ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES, 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 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO- ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES Previa presentación del informe de actividades del locador.




Lucrecia Cáceres Limachi
C.E.P.: 37427
COORDINADORA DE INMUNIZACIONES

NRO	MICRO REVI	CODIGO	Nombre del EESS	SERVICIO DE ENFERMERIA		INCLUSION SIGA META	SIGA META
				DESCRIPCION DEL BIEN / SERVICIO	META		
				FFITO	125	125	125
				UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD		
				MONTO ESTIMADO	9,600		
				CANTIDAD	1		
				VALOR UNITARIO	3,300.00		
1	COMBAPATA	00002386	COMBAPATA				
2		00002385	CHECACUPE				
3		00002387	CHIARA				
4		00002320	MOSOCLACTA				
5		00002392	PITUMARCA				
6		00002397	TINTA				
7				MR. COMBAPATA			
TOTAL MR COMBAPATA					0		
8	EL DESCANSO	00007700	EL DESCANSO				
9		00002366	CHECCA				
10		00002367	CHITIGAMBA				
11				MR. EL DESCANSO			
TOTAL MR EL DESCANSO					0		
12	PAMPAPHALLA	00002384	PAMPAPHALLA				
13		00002383	LA FLORIDA				
14		00002383	PHINAYA				
15		00002381	QUCHUAP				
16		00002394	SAN PABLO				
17		00002396	SAN PEDRO				
18		00002395	SANTA BARBARA				
19		00002392	UZCUPATA				
20		26387	C. PAMPAPHALLA	MR. PAMPAPHALLA			
TOTAL MR PAMPAPHALLA					0		
21	TECHO OBRERO	00002380	TECHO OBRERO				
22		00002390	CCUYO				
23		00002389	CHECTUYOC				
24		00002370	CONDEVILUYO				
25		00002379	HERCCA				
26		00002389	LANSUJ				
27		00002371	LAYO				
28		00002366	MARANGANI				
29		00002391	OCCOBAMSA				
30				MR. TECHO OBRERO			
TOTAL MR TECHO OBRERO					0		
31	YANAOCA	00002364	YANAOCA				
32		00018241	HAMPATURA				
33		00002374	HUINCHIP				
34		00002372	PAMPAMARCA				
35		00002365	PONCOÑA				
36		00002373	QUEHUE				
37		00002376	SURIMANA				
38		00002377	TOCCOCCORI				
39		34449	CHAUPIBANDA				
40		00002376	TUNGASUCA				
41		32339	CCOCHAPATA				
TOTAL MR YANAOCA					0		
43		00002410	YAURI	1	848	543	
44		00002420	ACCOCUNCA				
45		00002411	CONDOROMA				
46		00002412	COPORAQUE				
47		00002414	HUAYHUAHUASI				
48		00002415	OCCORURO				
49		00002416	PALLPATA				
50		00002417	PICHIGUA				
51		00002418	SAN MIGUEL				
52		00002419	SUYKUTAMBO				
53		00006745	TINTAYA MARQUIRI				
54		00002413	URINSAYA				
55		30368	C.COMUNITARIO YAURI				
TOTAL GENERAL							





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 Nº 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.

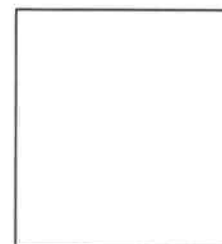
Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

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 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"

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.