

COMUNICADO N° 0031 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA PARA:

- **RED CANAS CANCHIS ESPINAR SEDE PRINCIPAL**

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 | 04/04/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 04/04/2025 |





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@redsaludcce.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0043 - 2025

DOC. REQ. : 414

INFORME.N°-0012-2025-G.R.CUSCO/GDRSCAJ.E.401/SCCE/DAISICAN/ER

FECHA 6/03/2025

RAZON SOCIAL: _____

RUC: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO FIJO: _____

CORREO ELECTRONICO : _____ TELEFONO MOVIL: _____

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
	CONTRATACION DE SERVICIO					
	Precio por Entregable					
001	SERVICIO DE MONITOREO RELACIONADO CON LA SALUD Contratacion por locacion de servicios de monitoreo relacionado con la salud red de salud canas canchis espinar sede principal	04 entregables según TDR	SERVICIO	1		
	SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA					

PRECIO TOTAL OFERTA S/.

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° 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

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN POR LOCACIÓN DE SERVICIO DE MONITOREO RELACIONADO CON LA SALUD.

1. Área Usuaria solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal de Control y Prevención del Cáncer.

Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. Denominación de la contratación:

Contratación de Servicios por Terceros, en servicio de servicio de monitoreo relacionado con La salud.

- Objetivo de la Contratación:

Contrato de (01) Obstetra para que realice actividades de monitoreo y seguimiento de las metas de los productos y subproductos del programa de prevención y control del Cáncer orientadas hacia una actividad en el contacto de persona y familia.

- Finalidad Pública:

La finalidad es el contar con el servicio de una Obstetra para que realice el monitoreo y seguimiento de las metas de los productos y subproductos de PP Cáncer mediante una atención individual y extramural y de esta manera contribuir a la reducción de la incidencia de la morbilidad y mortalidad del cáncer en la población para beneficiar a la población en general del ámbito de la RESCCE.

3. Términos de Referencia:

Servicio a realizar por entregable:

- Monitoreo de los tamizajes de las personas con factor de riesgo y no riesgo de todos los tipos de canceres.
- Planificar, coordinar y organizar las actividades de mejora en el programa.
- Implementar la mejora en el correcto registro en los sistemas PAP ,Molecular, PSA, del programa.
- Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con el equipo multidisciplinario.
- Provisión de una atención orientada hacia la actividad de tamizaje y prevención y promoción en prevención del Cáncer.
- Fortalecer la atención integral de salud en prevención del Cáncer en la población.

4.- Perfiles requeridos para la contratación:

- Personal profesional: Obstetra:

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de Obstetra	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Contar con título profesional de Obstetra, registrado en la SUNEDU	Diplomado en salud Publica (no indispensable)
Resolución de termino de SERUMS	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	Capacidad de análisis, expresión, Liderazgo para el logro de los objetivos
Experiencia Profesional mínima 1 año.(Incluido serums)	Empatía, pro-actividad, capacidad en trabajo en equipo multidisciplinario.
No estar impedido ante la ley 30059 ley del servicio civil	Conocimiento en el manejo del siga.
	Disponibilidad inmediata

5.-REQUISITOS DEL PROVEEDOR:



- RUC vigente y activo
- Registro Nacional de Proveedores

6.- LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:

a. LUGAR:

El servicio se presentará en la Red Canas Canchis Espinar, sed principal, según el detalle

b. PLAZO:

El profesional se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 4 entregables, (a partir del día siguiente de la firma del contrato)

SERVICIO	TIEMPO
Primer Entregable:	30 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Segundo Entregable:	60 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Tercer Entregable:	90 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
Cuarto Entregable:	120 días calendario 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 forma periódica mensuales después de ejecutada el servicio y otorgada la conformidad por el área usuaria; teniendo en cuenta el plazo de ejecución en cuatro entregables al día siguiente de la firma del contrato del 2024.y el pago se realizará en cuatro armadas luego de otorgar la conformidad de los entregables presentados por el profesional, para ello el profesional tendrá que presentar el entregable de manera mensual detallando los servicios realizados, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del responsable del programa. El Informe del profesional con un promedio

10.-COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal de Prevención y Control del Cáncer.

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 Prevención y Control del Cáncer. Previa presentación de los entregables.

10.- Presupuesto a ejecutar:



META	FTE FTO	ESPECIFICA DE GASTO	SERVICIO
67	RO	23 2 9 1 1	Servicio de Monitoreo relacionado con la salud

11.-Aplicación de penalidad:

En caso de retraso injustificado de la entrega del servicio de la contratación, se aplicará al proveedor una penalidad por cada día de atraso, hasta un monto máximo equivalente al diez por ciento (10 %) del monto total del contrato vigente, según Ley de contrataciones, y se calculara de acuerdo con la siguiente formula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Pazo en días}}$$

- ✓ Para el plazo menores o iguales a sesenta (60) días F=0.40
- ✓ Para Plazo mayores a sesenta (60) días F = 0.25

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad la entidad podrá resolver la orden de compra y/o servicio, Parcial o total por incumplimiento, mediante la remisión una carta simple sin derecho a que el contratista pueda reclamar.

La penalidad solo se aplicará a contrataciones de servicio mayores a 1 UIT.



DIRECCION REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO
 U.E. 401 SALUD CANAS CUSCO ESTACION
 Obst. Sonia Geoma Apaza
 C.P. 11428

"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.



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