

COMUNICADO N° 0077 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE **SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO (BIOLOGO)** PARA:

- **ESTABLECIMIENTO CENTRO DE SALUD PAMPAPHALLA**

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 | 07/03/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 10/03/2025 |



**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

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 076 - 2025

DOC. REQ. : 482
INFORME N° 214 - 2025 GR. CUSCO/DRSC/UE.401/SCCE/DAIS

FECHA 7/03/2025

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	Precio por Entregable	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
001	SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO PARA EL CENTRO DE SALUD DE PAMPAPHALLA		03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA							
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 > 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 > 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)

V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN POR LOCACION DE SERVICIO
DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO PARA EL CENTRO DE SALUD DE
PAMPAPHALLA**

1. Área Usuaria solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Estratégico de ITS-VIH/SIDA y Hepatitis..

Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. Denominación de la contratación:

Contratación de Servicios por Terceros, en servicio de toma de muestras de laboratorio clínico.

- Objetivo de la Contratación:

Contrato de (01) Biólogo para la atención integral de salud con enfoque de derechos humanos, genero e interculturalidad en población priorizada afiliada al seguro integral de salud, para apoyo al diagnóstico de ITS-VIH/SIDA, EN EL Centro de Salud de pampaphalla.

- Objetivos Específicos

- ✓ Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con equipo multidisciplinario
- ✓ Provisión de una atención orientada hacia la actividades de apoyo al diagnóstico en el contexto de persona, familia y comunidad en el marco del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.
- ✓ Toma de muestra para diagnóstico y seguimiento de VIH, exámenes de control para el inicio de tratamiento, tamizaje en dosaje en otros exámenes de apoyo al diagnóstico.
- ✓ Fortalecer la atención integral de salud en el componente de laboratorio clínico, para el diagnóstico de bio marcadores de efecto (perfil renal, hepático, hematológico entre otros) de las personas en riesgo de exposición a VIH.

Finalidad Pública:

La finalidad es el contar con el servicio toma de muestras de laboratorio clínico de un Biólogo es para Contribuir con la atención integral a favor de la población afiliada al seguro integral de salud y podamos tamizar, realizar seguimiento de control y monitoreo de los casos de VIH/SIDA y Hepatitis, en forma oportuna, en el marco del Modelo del Cuidado Integral de Salud de la población por cursos de vida del ámbito de la RESCCE.

3.- Servicio a realizar por entregable:

- Toma de muestras biológicas, CD4, Perfil Hepático, Urea ,creatinina, TGO, TGP, carga Viral PSR para sífilis cuantitativo, Hemograma, Toma de muestra para el diagnóstico de VIH, Control de casos de VIH, PSA, Sangre oculta, para el tamizaje de otros canceres prevalentes. en el marco de las normativas vigente.
- Análisis de muestras biológicas de apoyo al diagnóstico diverso y por diferente modalidad.
- Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil en el marco de sus competencias.
- Registrar las atenciones realizadas en los diferentes sistemas de información.
- Otras Funciones Asignadas por el jefe Inmediato Superior, de acuerdo a la necesidad institucional.

4.- Perfiles requeridos para la contratación:



- **Personal profesional: Biólogo:**

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de Biólogo	Disponibilidad inmediata
Contar con Número de Colegiatura por el Colegio de Biólogos del Perú	Acreditar idioma quechua(de preferencia)
Contar con constancia de habilitación profesional vigente(obligatorio) 2025	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo y bajo presión.
Contar con Resolución de termino de SERUMS	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
	No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata

5.- REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- RUC activo/habido
- Registro Nacional de Proveedores

6.-LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:

a) **LUGAR:** C:S de Pampaphalla.

b) **PLAZO :** El profesional se obliga a prestar las actividades descritas en el presente términos de referencia por un periodo de 03 entregables.(desde el momento de la firma del contrato)

SERVICIO	TIEMPO
Primer Entregable:	Hasta los 30 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
Segundo Entregable: •	Hasta los 60 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
Tercer Entregable:	Hasta los 90 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 los pago se realizaran después de ejecutada el servicio y otorgada la conformidad por el área usuaria; teniendo en cuenta el plazo de ejecución es en tres entregables desde el momento de la firma del contrato del 2025.y el pago se realizará en tres (3) entregables luego de otorgada la conformidad de los entregables presentados por el profesional , para ello el profesional tendrá que presentar el entregable detallando los servicios realizados, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del área usuaria .

9.- COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal de ITS-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 Estratégico de ITS-VIH/SIDA. Previa presentación de los entregables.

10.- Presupuesto a ejecutar:

META	FTE FTO	ESPECIFICA DE GASTO	SERVICIO
153	DT	23 2 9 1 1	SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

3. 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.



GOBIERNO REGIONAL DE CAYSHI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
CAYSHI
Obst. Silvia Ceama Apaza
C.O.P. 11468
COORDINADORA



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:

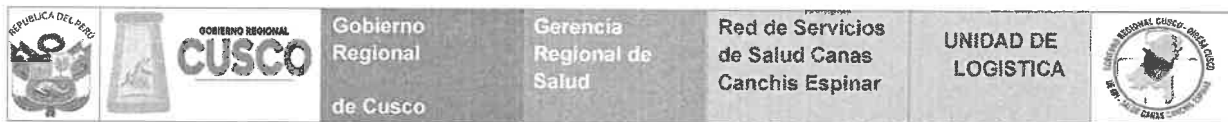
DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

* Marcar con una **X** en el recuadro según corresponda a su caso particular



"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

YOCON 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.